TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA SILVA

Terapia cognitivo comportamental *versus* psicoeducação como tratamentos em adolescentes diagnosticados com bulimia nervosa

RECIFE
2016

TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA SILVA

Terapia cognitivo comportamental *versus* psicoeducação como tratamentos em adolescentes diagnosticados com bulimia nervosa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutra em Neuropsicopatologia.

Área de concentração: Neuropsicopatologia

Linha de pesquisa: Métodos Clínicos e Experimentais em Neuropsicopatologia

Orientador: Dr. Everton Botelho Sougey
Co-Orientadora: Drª. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Recife
2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Susyleide Brito, CRB4-1141

S586t Silva, Tatiana Araújo Bertulino da.

Terapia cognitivo comportamental versus psicoeducação como tratamentos em adolescentes diagnosticados com bulimia nervosa / Tatiana Araújo Bertulino da Silva. – 2016.

122f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Everton Botelho Sougey.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2016.

Inclui referências e anexos.

1. Bulimia nervosa. 2. Terapia cognitiva. 3. Adolescentes. I. Sougey, Everton Botelho (Orientador). II. Título.

612.6 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2017-004)

TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA SILVA

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL X PSICOEDUCAÇÃO COMO TRATAMENTOS EM ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS COM BULIMIA NERVOSA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Neuropsicopatologia.

Aprovada em: 17/06/2016

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey (Presidente da Banca)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profª. Drª. Paula Rejane Beserra Diniz
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profª. Drª. Reginete Cavalcanti Pereira
Universidade Federal Rural de Pernambuco

_____

Profª. Drª Luciana Paes Barros
Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura do Recife

Aos meus pais

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me enviado a uma família tão especial.

Aos meus **pais** por estarem sempre ao meu lado. Pelas palavras meigas de minha mãe **Regina**, sempre pronta para me acolher nos momentos de cansaço e desespero. E os conselhos de meu pai **Bertulino**, sempre demonstrando a sua confiança que eu conseguiria. Obrigada por serem do jeito que são.

Ao meu querido companheiro, **Jorge,** que se manteve ao meu lado trazendo toda a sua tranquilidade e participando ativamente na conclusão deste trabalho.

Aos meus amigos, por entenderem todos os momentos difíceis e por trazerem leveza para o dia-dia. Obrigada **Danuta, Keila, Patrícia, Paula, Adriana, Elton, Lucas, Victor, Rafael.**

A minha amiga **Cristina** que mesmo de longe foi essencial para a conclusão desta tese, me oferecendo abrigo em sua casa sempre que necessário.

Ao Grupo de pesquisa em **Comportamento Alimentar**, na figura do meu orientador Prof. Dr. **Everton Sougey** e da minha co-orientadora: Drª. **Rosana Ximenes,** obrigada por acreditarem neste projeto. À pós-doutoranda: Drª. **Flávia Nassar** pela paciência e companheirismo nos momentos de dúvidas. À Drª. **Juliana Lourenço** pelo companheirismo em todos os momentos. Ao **Michel Melo**, que mesmo pertencendo a outro grupo de pesquisa, sempre se fazendo presente nos momentos de partilha. À **Nathalia Silva** pela parceria nas coletas de dados. Além de todos os outros alunos sempre presentes, me ajudando nas discussões.

Às minhas companheiras de intervenção: **Liliane Albuquerque, Allane Borges, Joanna Siqueira, Mayara Machado** e **Rosiane Souza Moura**, essenciais para a produção desta tese.

Às professoras Drª. **Sandra Lopes** e Drª. **Paula Diniz**, por estarem sempre presentes no andamento desta tese, sempre com doces palavras de apoio.

Ao meu supervisor **Thiago Sampaio**, por me mostrar os possíveis caminhos da intervenção, fazendo-me perceber que este não era uno.

À Prof. Drª **Bacy Fleitlich-Bilyk** pela recepção no Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência, no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (PROTAD – IPq/FMUSP) e a Profª Drª. **Magdala Novaes** pela intermediação deste encontro.

Ao Sr. **Anselmo Belem**, livreiro do Departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, pelos sorrisos e a pronta ajuda no que fosse necessário.

A todas as famílias das adolescentes que autorizaram a participação de suas jovens na pesquisa, por confiarem em mim e por colaborarem com a ciência.

Às adolescentes, pela participação, pelas risadas e pelas perguntas, construindo um ambiente agradável e desafiador para a coleta de dados e por confiarem na equipe de pesquisa seus sentimentos e pensamentos.

No dia em que for possível à mulher amar em sua força, não em sua fraqueza, não para fugir de si mesma, mas para se encontrar, não para se demitir, mas para se afirmar, nesse dia o amor tornar-se-á para ela, como para o homem, fonte de vida e não perigo mortal.

(BEAUVOIR, 1967, p, 437-438).

RESUMO

Os adolescentes aprendem em nossa sociedade que uma das características do sucesso é o corpo magro. Esta pressão social pela magreza está mais presente nas adolescentes, criando o aumento da insatisfação corporal nesta população. A insatisfação com a própria imagem corporal é o cerne dos transtornos alimentares. Entre os transtornos alimentares destaca-se a bulimia nervosa, caracterizada pelos comportamentos de compulsão alimentar associado à purgação. O tratamento clínico recomendável para a bulimia nervosa é a terapia cognitivo-comportamental, realizado por um especialista em transtornos alimentares. Outras formas de intervenção nos pacientes com transtornos alimentares também são utilizadas, entre elas a psicoeducação. O objetivo deste estudo foi de avaliar as possíveis diferenças entre a intervenção psicoterápica do tipo cognitivo-comportamental e a intervenção psicoeducativa em adolescentes diagnosticadas com bulimia nervosa. Foi realizado um ensaio clínico, constituído de 11 adolescentes do sexo feminino entre 13 a 19 anos com diagnóstico de bulimia nervosa. Para o diagnóstico utilizou-se a entrevista clínica diagnóstica: Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem – Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA). As adolescentes foram divididas em dois grupos: controle e experimental. No grupo controle, constituído de cinco adolescentes, o tratamento utilizado foi a terapia cognitivo-comportamental em grupo durante 13 encontros em 12 semanas. No grupo experimental, constituído de seis adolescentes, o tratamento utilizado foi a psicoeducação em grupo, em 13 encontros semanais. As medidas primárias de eficácia no estudo foram: diminuição dos sintomas de bulimia nervosa, diminuição dos sintomas de compulsão alimentar e diminuição da insatisfação corporal. Houve diminuição de sintomas de bulimia nervosa nos dois grupos, porém não se comprovou diferença significativa entre os grupos. Em relação a compulsão alimentar não houve modificação nos sintomas em nenhum dos grupos. A insatisfação corporal foi a variável que demonstrou melhora significativa quando os grupos foram analisados em conjunto, porém não houve diferença significativa entre os grupos. Na terapia cognitivo-comportamental é aceitável que após o tratamento da bulimia nervosa, os pacientes ainda apresentem sintomas de transtorno alimentar, como a compulsão alimentar, pois o principal objetivo é que o sistema de manutenção das crenças que mantem a bulimia nervosa seja interrompido. A psicoeducação possui como foco o aumento da satisfação com a imagem corporal, o que de fato ocorreu no estudo. A psicoeducação não foca especificamente na melhora da bulimia nervosa e de seus sintomas, como a compulsão alimentar. Apesar de estudos anteriores terem encontrado melhora na relação alimentar dos participantes de psicoeducação, além da melhora nos sintomas da insatisfação corporal. Os dois tratamentos realizados na pesquisa demonstraram diminuição de sintomas, porém essa diminuição não foi significativa em nenhum dos grupos quando avaliados individualmente. É necessária a continuação da pesquisa, com o aumento da amostra e se possível com a análise qualitativa dos dados. A pesquisa demonstrou a possibilidade da utilização da psicoeducação, em um primeiro momento, em populações não crônicas.

Palavras chaves: Bulimia nervosa. Terapia Cognitiva. Adolescente

ABSTRACT

Teenagers learn in our society that one of the characteristics of success is a thin body. This social pressure for thinness is more prevalent among the girls, causing increased body dissatisfaction in their group. Dissatisfaction with their own body image is the core of eating disorders. Among the eating disorders, bulimia nervosa stands out, characterized by binge eating behaviors associated with purging. The recommended medical treatment for bulimia nervosa is cognitive-behavioral therapy with a specialist in eating disorders. Other forms of intervention in patients with eating disorders are also used, including psychoeducation. The goal of this study was to evaluate possible differences between the psychotherapeutic intervention of cognitive-behavioral type and the psychoeducational intervention in female teenagers diagnosed with bulimia nervosa. A clinical trial was performed, consisting of 11 female teenagers between 13 and 19 years old, all of whom were diagnosed with bulimia nervosa. The clinical interview Development and Well-Being Assessment (DAWBA) was used for the diagnosis. The teenagers were split into two groups: control and experimental. In the control group, consisting of five teenagers, the treatment used was cognitive-behavioral group therapy for 13 meetings in 12 weeks. In the experimental group, consisting of six teenagers, the treatment used was group psychoeducation, in 13 weekly meetings. The primary effectiveness measures in the study were: reduction of the symptoms of bulimia nervosa, decreased symptoms of binge eating, and decreased body dissatisfaction. There was a reduction of the symptoms of bulimia nervosa in both groups; however, no significant difference was proved between them. Regarding binge eating, there was no change in symptoms in either group. Body dissatisfaction was the variable that showed most significant improvement when the groups were analyzed together, but once again there was no significant difference between groups. In cognitive-behavioral therapy, it is acceptable that after the treatment of bulimia nervosa, patients still present symptoms of eating disorders such as binge eating, because the main goal is that the system of beliefs which sustains bulimia nervosa is interrupted. Psychoeducation, on the other hand, focuses on increasing body image satisfaction, which actually happened in the study; psychoeducation does not focus specifically on the improvement of bulimia nervosa and its symptoms, though previous studies have found an improvement in the participants' relationship with food, besides an improvement in the symptoms of body dissatisfaction. Both treatments carried out in the research showed decreased symptoms, but this decrease was not significant in either group when assessed individually. Continued research, with a larger sample and qualitative data analysis, if possible, is required. The study has shown the possibility of using psychoeducation, at first, in non-chronic populations.

Keywords: Bulimia Nervosa. Cognitive Therapy. Adolescent

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **11**
2 REVISÃO DA LITERATURA **13**
2.1 ADOLESCÊNCIA 13
2.2 INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL 14
2.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES 15
2.3.1 Bulimia Nervosa 17
2.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL 19
2.4.1 O modelo transdiagnóstico **20**
2.5 PSICOEDUCAÇÃO 21
3 HIPÓTESE 23
4 OBJETIVOS 24
4.1 OBJETIVO GERAL 24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 24
5 MATERIAIS E MÉTODOS **25**
5.1 DESENHO DO ESTUDO 25
5.2 LOCAL DO ESTUDO 25
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA 25
5.4 AMOSTRA 26
5.5 MATERIAL 29
5.6 EQUIPE DE PESQUISA E TREINAMENTO 34
5.7 COLETA DE DADOS 35
5.7.1 Coleta de dados no grupo controle **38**
5.7.2 Coleta de dados no grupo experimental **40**
5.8 MEDIDAS DE EFICÁCIA 41
5.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA 42
5.10 ASPECTOS ÉTICOS 42
6 RESULTADOS **43**
6.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA 43
6.2 COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS ENTRE OS PERÍODOS PRÉ, DURANTE E PÓS INTERVENÇÃO 45
6.3 ANÁLISE COMPARATIVA PRÉ, DURANTE E PÓS INTERVENÇÃO POR GRUPO 48
7 DISCUSSÃO **50**
8 CONCLUSÕES **53**
REFERÊNCIAS **54**
APÊNDICE A - Artigo de Revisão **63**
APÊNDICE B – Questionário Biodemográfico **78**
APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) **80**
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) **82**
APÊNDICE E - Sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo **84**
APÊNDICE F – Sessões em Psicoeducação em Grupo **90**
ANEXO A – Inventário de Bulimia de Edinburgh (BITE) **97**
ANEXO B: Questionário de Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA) – SDQ e as Sessões H, P e N **98**
ANEXO C: Teste de Insatisfação com a Imagem Corporal (BSQ) **113**
ANEXO D: Acompanhamento do crescimento em meninas de 5 a 19 anos **115**
ANEXO E: Critério de Classificação Econômica Brasileira - 2015 (CCEB, 2015) **116**

1 INTRODUÇÃO

Os adolescentes vivem drásticas adaptações em sua vida, ao mesmo tempo que seu corpo sofre por rápidas mudanças, eles estão expostos a vários tipos de mensagens do que é ser uma pessoa de sucesso (CALIGARIS, 2000).

Entre as características de uma pessoa de sucesso, em nossa sociedade, destaca-se a importância de ter um corpo nos padrões pré-estabelecidos. Para as mulheres exige-se um corpo magro e esbelto; para os homens, um corpo musculoso.

A pressão para se ter um corpo magro, em conjunto com as características sociais e psicológicas do adolescentes podem desencadear algumas dificuldades. E em alguns casos culminado com o desenvolvimento dos transtornos alimentares (HERPERTZ-DAHLMANN, 2015).

Os transtornos alimentares não possuem sua etiologia definida, porém sabe-se que a insatisfação corporal está na base do desenvolvimento do transtorno. Muitas vezes, a preocupação com o corpo surge antes da puberdade (CONTI, CORDÁS, *et al.*, 2009; COMBS *et al.*, 2013).

Em revisão de literatura realizada por (SILVA *et al.*, 2015)[1] foram encontrados poucos estudos realizados exclusivamente com adolescentes. A maioria das pesquisas utilizaram amostra mistas, com a presença de adultos e de adolescentes (PRETORIUS *et al.*, 2009; GRAHAM e WALTON, 2011; MCINTOSH *et al.*, 2011; JONES e CLAUSEN, 2013; RUWAARD *et al.*, 2013; WAGNER *et al.*, 2013).

A grande maioria das pesquisas clínicas em transtornos alimentares ocorre em centros de referência, avaliando pacientes diagnosticados, muitas vezes, com sintomas crônicos. Há na literatura uma carência de dados sobre estes distúrbios em populações não clínicas (STEFANO *et al.*, 2016).

A psicoterapia cognitiva comportamental é considerada o padrão ouro para o tratamento de transtornos alimentares (NICE, 2004; WALLER, 2009). Porém, para aplicar a terapia cognitivo-comportamental (TCC), o terapeuta precisa ser capacitado tanto em TCC quanto em transtornos alimentares, aumentando os custos da formação do profissional.

A utilização da psicoeducação no tratamento de transtornos psiquiátricos, vem repercutindo positivamente na saúde dos pacientes (GREVET *et al.*, 2003; COLOM e

[1] Artigo produzido durante o doutorado, como parte do pré-requisito para a qualificação. Publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, volume: 64, número: 2. Disponível no Apêndice A.

VIETA, 2004; STANGIER *et al.*, 2013). Existem estudos com a utilização da psicoeducação para a insatisfação com a imagem corporal em grupos de adolescentes, com bons resultados (STICE *et al.*, 2006).

Considerando as lacunas existentes de estudos com a população de adolescentes diagnosticados com transtornos alimentares e não crônicos, surgiu o interesse em comparar a terapia cognitivo-comportamental com a psicoeducação.

Assim, a proposta no presente estudo é a utilização da psicoeducação como um possível tratamento para pacientes com transtornos alimentares não crônicos. A fim de que se construa a possibilidade de mais uma alternativa eficiente para o tratamento dos transtornos alimentares.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ADOLESCÊNCIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a adolescência como o período compreendido dos 10 aos 19 anos (WHO, 2015). Na legislação brasileira a adolescência corresponde a idade de 12 anos aos 17 anos, 11 meses e 29 dias (BRASIL, 2012).

Historicamente a população de jovens no Brasil varia de 19% a 21% da população, sendo considerados jovens as pessoas com idades entre 15 a 24 anos de idade (IBGE, 1999).

Apesar da adolescência ser uma construção social, sendo uma época presente somente em sociedades pós industriais, é neste período que ocorre uma das maiores mudanças corporais (CALIGARIS, 2000; PAPALIA e FELDMAN, 2013). Na adolescência, as mudanças corporais ocorrem em um curto período de tempo em decorrência da puberdade (BERGER, 2003). Durante a puberdade, existe a alta liberação de gonadotropina (GnRH) pelo hipotálamo, que resultará na liberação de dois hormônios reprodutivos: o hormônio luteinizante (LH) e o hormônio folículo estimulante (FSH). Como resultado, as características femininas ou masculinas secundárias se farão cada vez mais presentes no corpo dos indivíduos (BERGER, 2003; PAPALIA e FELDMAN, 2013).

Diante das mudanças físicas, da pressão psicológica exercida pelo grupo e da sedução exercida pelos meios de comunicação, o adolescente encontra-se em sua própria busca pelo padrão ideal de beleza. Na sociedade ocidental moderna, para desfrutar do sucesso, as pessoas precisam ser jovens, bonitas, magras e eficientes (CALIGARIS, 2000; PAPALIA e FELDMAN, 2013).

Assim, a adolescência torna-se um período propenso ao desenvolvimento da insatisfação com o próprio corpo. E em virtude do despreparo para enfrentar suas mudanças físicas e psicológicas, o adolescente pode desenvolver condutas patológicas como os transtornos alimentares, especialmente a anorexia e a bulimia nervosa (FORTES *et al.*, 2013).

Em todo o mundo 10 a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de alguma desordem mental (WHO, 2014). Entre os distúrbios que se iniciam na adolescência e continuam na vida adulta encontram-se: uso de tabaco, maus hábitos alimentares e de exercícios físicos (WHO, 2015). Os transtornos alimentares estão entre os distúrbios de saúde crônicos mais comuns na adolescência (GONZALEZ *et al.*, 2007).

2.2 INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal é constituída pela estima corporal e pela insatisfação corporal. A estima corporal possui aspectos relacionados a pessoa, como sua face, cabelo, peso e forma corporal. Enquanto a insatisfação corporal está diretamente relacionada com o peso, a forma corporal e com a gordura corporal (TRICHES e GIUGLIANI, 2007).

Observa-se que o comportamento alimentar e a imagem corporal são constituídos ainda na pré-adolescência. Com o desenvolvimento de percepções de atratividade física por volta dos sete anos de idade. Assim, é possível e importante se observar a insatisfação corporal em grupos de pré-adolescentes (FERRIANI *et al.*, 2005; TRICHES e GIUGLIANI, 2007).

Existe um alto grau de insatisfação corporal entre crianças e adolescentes (CONTI, CORDÁS, *et al.*, 2009; CONTI, SLATER, *et al.*, 2009). Esta insatisfação com a autoimagem aparece associada a aspectos como: idade, sexo, estado nutricional, qualidade da relação familiar, pressão social, entre outros. Há uma ligação entre a criação da imagem corporal e a estruturação da identidade dentro de um grupo social (SECCHI *et al.*, 2009).

A taxa de insatisfação corporal em adultos americanos se mostrou altamente variável, de 11% a 72% em mulheres e de 8% a 61% em homens. Provavelmente essa alta variação nos dados deve-se aos instrumentos utilizados, população estudada, conceito de insatisfação corporal, dentre outros (FISKE *et al.*, 2014). Em Recife, a taxa de insatisfação corporal entre adolescentes é de aproximadamente 30% (SILVA, 2012).

A insatisfação corporal em conjunto com a preocupação com o peso e a prática de dietas são apontadas como possíveis fatores predisponentes para o desenvolvimento de distúrbios na alimentação e de sintomas depressivos (De LIMA *et al.*, 2012; STEVENS *et al.*, 2016). Desde a pré-adolescência os jovens estão engajados em padrões de inadequados de alimentação, aumentando o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares durante o ensino médio (COMBS *et al.*, 2013). Aliado a isto, percebe-se que a insatisfação com o corpo está associada com a alta checagem corporal durante o dia, a baixa autoestima e com as limitações no desempenho psicossocial, associando-se aos quadros depressivos (TRICHES e GIUGLIANI, 2007; KAKESHITA *et al.*, 2009; STEFANO *et al.*, 2016).

Nos transtornos alimentares, à medida que o indivíduo perde peso mais aumenta seu medo de engordar. A imagem corporal nesses pacientes está distorcida, pois se avaliam sempre gordos ou preocupados com partes gordas de seus corpos (GIORDANI, 2006).

Há indícios de que distorção da imagem corporal em pacientes com transtornos alimentares ocorra em decorrência da alteração da própria imagem corporal. Com a percepção alterada, estas pessoas se enxergam maiores e mais gordas do que realmente são (MOHR *et al.*, 2016).

2.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares são patologias que intrigam a comunidade científica por sua cronicidade e baixa adesão ao tratamento. Na discussão sobre qual o motivo, ou motivos, que levariam à dificuldade encontrada no tratamento surgem, além de sua desconhecida etiologia, o seu diagnóstico tardio. Os sintomas dos transtornos alimentares iniciam-se entre a pré-adolescência e a adolescência e há uma dificuldade nas pessoas atingidas pelo transtorno a considerarem a busca de tratamento nos serviços de saúde (GRAHAM e WALTON, 2011; HERPERTZ-DAHLMANN, 2015).

Os transtornos alimentares são um conjunto de síndromes clínicas em que há perturbação da relação do indivíduo com o seu comportamento alimentar (FREITAS, 2004). Pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM - 5) fazem parte desta alcunha: a anorexia nervosa, a bulimia nervosa, o transtorno da compulsão alimentar (TCA), outro transtorno alimentar especificado, transtorno alimentar não especificado. Além da pica, o transtorno de ruminação e o transtorno alimentar restritivo/ evitatio, mais comuns em crianças (APA, 2014).

As mudanças ocorridas no DSM - 5 tentaram minimizar o alto número de pessoas com disfunção do comportamento alimentar que recebiam o diagnóstico de transtornos alimentares não especificado (APA, 2014; HERPERTZ-DAHLMANN, 2015).

> Problemas estruturais enraizados na organização básica da classificação anterior do DSM, formulado a partir de uma grande quantidade de categorias diagnósticas restritas, surgiram tanto na prática clínica como no campo das pesquisas. Evidências relevantes originam-se de várias fontes, incluindo estudos sobre comorbidade e a grande necessidade de diagnósticos sem outra especificação, os quais representam a maioria dos diagnósticos em áreas como transtornos alimentares, transtornos da personalidade e transtorno do espectro autista. (APA, 2014, p. 12).

Os estudos atuais consideram que a valorização da magreza pela sociedade vem influenciando nas ocorrências destes transtornos. Porém, devem ser considerados, além da

cultura, os aspectos biológicos e psicológicos como fatores para etiologia que continua desconhecida (CORDÁS e CLAUDINO, 2002; LIMA *et al.*, 2013).

Diferente de estudos passados que consideravam somente jovens mulheres como grupo atingido, hoje reconhece-se que crianças de ambos os sexos e homens também são acometidos por estes distúrbios da alimentação (VILELA *et al.*, 2004; XIMENES, 2004; PERES e SANTOS, 2006; XIMENES *et al.*, 2010). Alguns autores começam a discutir as dificuldades relativas ao diagnóstico de transtornos alimentares no público masculino, ainda cercado por escassos estudos e muitos estereótipos, mesmo com o primeiro caso clínico de transtornos alimentares em homem tendo sido relatado em 1689 (MELIN e ARAÚJO, 2002).

No Brasil, os transtornos alimentares tem tido destaque crescente, derrubando mais um dos antigos preconceitos acerca de tais quadros em países em desenvolvimento (APPOLINARIO *et al.*, 2002). Em um estudo realizado com 1870 crianças e adolescentes de 7 a 19 anos estudantes de escolas públicas nas cidades de: Dionísio, Inhaúma, Bom Jesus, Nossa Senhora do Carmo e Ipoema, todas localizadas no interior do estado de Minas Gerais, foi encontrada uma prevalência de 13,3% para possíveis transtornos alimentares, provavelmente casos subclínicos, com predomínio do sexo feminino (VILELA *et al.*, 2004).

Em estudo realizado no Recife foi encontrado uma prevalência de 17, 4% entre adolescentes com 14 anos com sintomas de transtornos alimentares, sendo observada uma associação significante entre sintomas de transtorno alimentar e gênero, com a prevalência mais elevada no gênero feminino e sem diferenciação significativa entre as classes sociais (XIMENES, 2004). Outra pesquisa realizada com adolescentes em Recife (XIMENES *et al.*, 2010), estes com idades entre 12 e 16 anos, houve prevalência de sintomas de transtornos alimentares em 33,1% dos adolescentes pesquisados, segundo a escala *Eating Attitudes Test – 26* (EAT-26), utilizada para identificação de atitudes alimentares inadequadas ou não usuais. Somente em 1,7% dos adolescentes encontrou-se um escore elevado na escala *Bulimic Investigatory Teste Edimburgh* (BITE) e em 36,5% foi encontrado o escore médio de sintomas nesta mesma escala. A escala BITE é utilizada para rastreamento de comportamentos mais específicos da compulsão alimentar e possui oferece resultados em duas escalas: uma de gravidade e outra de sintomas (NUNES *et al.*, 2006).

2.3.1 Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa caracteriza-se por episódios recorrentes e incontroláveis de consumo de grandes quantidades de alimentos em curto período de tempo, seguidos de comportamentos compensatórios inadequados como: vômitos autoinduzido, utilização de laxantes e diuréticos, exercícios vigorosos, jejum e dieta restritiva a fim de evitar ganho de peso (BACALTCHUK e HAY, 1999; FAIRBURN e BROWNELL, 2002; FAIRBURN, 2008).

Na bulimia nervosa há a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), levando os pacientes a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar a si mesmos baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitos (CLAUDINO e BORGES, 2002; GONZALEZ *et al.*, 2007).

A bulimia nervosa está relatada nos atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM – 5) (APA, 2014) e a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) (OMS, 1994). (Quadros 1 e 2). Ocorreram algumas mudanças nos critérios diagnósticos da bulimia nervosa do DSM – IV para o DSM 5, porém no DSM – 5 (HILLER, 2014) manteve-se a bulimia nervosa como um diagnóstico dos transtornos alimentares. No DSM – 5 a quantidade de vezes que os episódios de compulsão alimentar e de purgação precisam ocorrer foram diminuídos para somente uma vez por semana (HILLER, 2014). Todos os outros critérios foram mantidos.

A bulimia nervosa atinge seu pico no final da adolescência, estendendo-se até idade adulta (APA, 2014; HERPERTZ-DAHLMANN, 2015). A prevalência de bulimia nervosa em mulheres jovens varia de 1% a 1,5%. É um transtorno incomum na população masculina, sendo a proporção de 10:1 (APA, 2014).

Na bulimia nervosa, em decorrência dos episódios de compulsão alimentar e sobrepeso observado em grande parte dos pacientes, há maior insatisfação com a imagem corporal que nos pacientes anoréxicos (STENZEL, 2006). A preocupação dos bulímicos com sua forma e peso é exposta nos métodos que utilizam como purgativos: a indução de vômitos, os jejuns, os exercícios vigorosos, o abuso de laxantes, diuréticos, hormônios tireoidianos e drogas anorexígenas. Estes métodos são mantidos pelo pacientes pelo medo mórbido que possuem em se tornarem obesos (SAIKALI *et al.*, 2004; GALVÃO *et al.*, 2006).

Quadro 1 – Critérios diagnósticos da bulimia nervosa para o DSM-5

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos: 1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes. 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos auto induzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.
C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses
D. A auto avaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.
(continuação) E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.
Especificar se: Em remissão parcial: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, alguns, mas não todos os critérios, foram preenchidos por um período de tempo sustentado. **Em remissão completa:** Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, nenhum dos critérios foi preenchido por um período de tempo sustentado.
Especificar a gravidade atual**:** O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser elevado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional. **Leve:** Média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana. Moderada: Média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana. **Grave:** Média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana. **Extrema:** Média de 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Fonte: Associação de Americana de Psiquiatria, 2014.

Quadro 2 – Critérios diagnósticos para a CID-10

A. O paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses).
B. Preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou sentimento de compulsão a comer
C. O paciente tenta neutralizar os efeitos "de engordar" dos alimentos por meio de um ou mais do que se segue: vômitos auto induzidos, purgação auto induzida; períodos de alternação de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem negligenciar seu tratamento clínico.
D. Há uma auto percepção de estar muito gorda, com pavor intenso de engordar e com exercícios físicos excessivos ou jejuns

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 1993.

Existem alguns guias de tratamento para a bulimia nervosa, entre eles está o do "National Institute of Clinical Excellence", do Reino Unido, que recomenda a terapia cognitiva comportamental (TCC), como o tratamento de escolha para este transtorno (GRAHAM e WALTON, 2011).

2.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é reconhecida como uma das mais eficientes no tratamento dos transtornos alimentares em diversos estudos (BACALTCHUK e HAY, 1999; FAIRBURN e BROWNELL, 2002; OLIVEIRA e DEIRO, 2013), possuindo destaque no tratamento da bulimia nervosa (BULIK *et al.*, 2012), inclusive em pesquisa de seguimento, onde percebeu-se uma melhora contínua após cinco anos de término da terapia (MCINTOSH *et al.*, 2011).

A TCC possui como característica a estruturação de sua atuação, com a utilização de manuais que sistematizam o modo de atuação do psicoterapeuta. Ela se tornou o modelo mais pesquisado quanto à sua eficácia no tratamento dos transtornos alimentares, pois permite uma abordagem sistemática e organizada deste transtorno (DUCHESNE e ALMEIDA, 2002; HURST *et al.*, 2015).

A TCC é uma intervenção semiestruturada orientada para metas e voltada principalmente para o presente e o futuro, utiliza técnicas psicoterápicas tanto cognitivas quanto comportamentais. A intervenção é baseada na ideia de que o paciente possui um sistema disfuncional de crenças associado ao desenvolvimento e a manutenção dos

transtornos alimentares. Os fatores cognitivos, emocionais, comportamentais e interpessoais são abordados no tratamento (DUCHESNE e ALMEIDA, 2002; NUNES *et al.*, 2006; LAMPARD e SHARBANEE, 2015).

A TCC é na verdade a alcunha de vários tipos de terapia que utilizam bases da terapia cognitiva e da terapia comportamental, porém constituem um corpo teórico e prático que utilizam os mesmos princípios. São esses princípios: a atividade cognitiva influencia o comportamento; a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; o comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva (KNAPP, 2004).

No tratamento da bulimia nervosa, utilizando a TCC, o terapeuta propõe ao paciente a percepção da interação existente entre os pensamentos, os sentimentos e as disfunções do comportamento alimentar, levando-os a observar que o peso não é o problema real, mas que existem outros problemas que estão mantendo o transtorno alimentar (DUCHESNE e ALMEIDA, 2002; PINZON *et al.*, 2004; OLIVEIRA e DEIRO, 2013). São realizadas intervenções para a elevação da autoestima e a modificação do sistema de crenças disfuncionais do paciente. Também são realizadas intervenções que buscam normalizar o padrão alimentar, além de novos meios de combate para os episódios de compulsão alimentar (*binge eating)* (DUCHESNE e ALMEIDA, 2002). A TCC é a primeira terapia oferecida aos pacientes de bulimia nervosa, sendo seus resultados bem estudados no público adulto (MARRONE *et al.*, 2009; PRETORIUS *et al.*, 2009). A TCC utilizada para o tratamento da bulimia nervosa atualmente é a versão publicada por Fairburn em 2003, reconhecida como o modelo "transdiagnóstico" ou a *Enhanced cognitive-behavioural theory of eating disorders* (CBT-E[2]).

2.4.1 O modelo transdiagnóstico

Na TCC o tratamento para a bulimia nervosa está dividido em quatro estágios. O primeiro estágio do tratamento é uma psicoeducação, onde são discutidas as informações sobre os transtornos alimentares. No segundo estágio ocorre o monitoramento dos comportamentos alimentares. No terceiro estágio acontece a introdução de estratégias comportamentais, com treinamentos e técnicas de resolução de problemas. O quarto e último estágio visa a reestruturação das atitudes alimentares disfuncionais e organização cognitiva em relação à alimentação (KNAPP, 2004; MITCHELL *et al.*, 2011).

[2] No decorrer do texto a *Enhanced cognitive-behavioural theory of eating disorders* (CBT-E) será nomeada como Terapia cognitivo-comportamental (TCC).

O tratamento padrão com a TCC é encontrado na literatura variando de 8 a 12 semanais. Neste estudo foram utilizados 13 encontros em 12 semanas, seguindo a média de encontro de estudos anteriores (PRETORIUS *et al.*, 2009; KATZMAN *et al.*, 2010; JONES e CLAUSEN, 2013; MCCLAY *et al.*, 2013). Este modelo de 8 a 12 sessões é utilizado quando os pacientes não apresentam dificuldades interpessoais. O tratamento do tipo mais longo (com mais de 12 sessões) é indicado para pacientes com graves transtornos de relacionamento. A versão longa da TCC é utilizada em casos mais graves, nos quais o paciente possua severos problemas de baixa autoestima, perfeccionismo, problemas interpessoais, dificuldades na regulação do humor (FAIRBURN, 2008). Ele ocorre por 20 sessões, de 90 minutos, com quatro estágios. (FAIRBURN e BROWNELL, 2002; FAIRBURN *et al.*, 2003; FAIRBURN, 2008).

Outros tratamentos também são utilizados para a bulimia nervosa, como a terapia de abordagem analítica, a terapia de família de abordagem sistêmica, o tratamento farmacológico, a psicoeducação, dentre outros. (NUNES *et al.*, 2006). A psicoeducação é utilizada tanto como parte do tratamento na TCC, como uma forma de intervenção de apoio, além de também ser utilizada como programa de prevenção (SPRINGER *et al.*, 1999; NUNES *et al.*, 2006).

2.5 PSICOEDUCAÇÃO

A psicoeducação pode ser definida como um conjunto de técnicas e estratégias com o objetivo de esclarecer ao paciente o transtorno mental. Podem ser utilizados como recursos: materiais audiovisuais, manuais teóricos, explanações e etc. Na psicoeducação de uma doença ou de um transtorno, são abordadas como temáticas a etiologia, a epidemiologia, o prognóstico e os diferentes tratamentos existentes (KNAPP, 2004).

Há estudos utilizando a psicoeducação no tratamento em pacientes com transtorno de déficit de atenção e hipertatividade (TDAH), de transtorno bipolar e de depressão (GREVET *et al.*, 2003; COLOM e VIETA, 2004; STANGIER *et al.*, 2013). A utilização da psicoeducação no TDAH, permite que os portadores percebam que suas ações não são consequências de uma “falha moral”, aumentando a auto aceitação. A psicoeducação permite que os portadores de TDAH criem mecanismos de adequação da vida, levando em consideração o transtornos, diminuindo as dificuldades sociais (GREVET *et al.*, 2003).

No transtorno bipolar a psicoeducação contribuiu no aumento da adesão ao tratamento, a percepção mais rápida das recaídas, diminuindo assim a necessidade de internação (COLOM e VIETA, 2004).

A utilização da psicoeducação em pacientes de transtornos alimentares como forma de prevenção possui informações controversas (CELIO *et al.*, 2000; STORCH *et al.*, 2011). Os programas de psicoeducação que já foram recomendadas por diferentes órgãos de controle como: *American College of Physicians*, *Health and Public Policy Comittee*, *Centers for Disease Control and Prevetions* (SPRINGER *et al.*, 1999), porém não o são mais. Estudos demostraram que a psicoeducação em adolescentes saudáveis não resultaria em resultados satisfatórios (MANN *et al.*, 1997).

Em 2002 foi realizada uma pesquisa utilizando a intervenção do tipo psicoeducacional com adolescentes em risco para desenvolverem transtornos alimentares. Como resultados percebeu-se diminuição os sintomas de distúrbios alimentares e em relação ao peso levantando a possibilidade de que os estudos anteriores não foram longos o suficiente e tentaram abarcar um grande número de assuntos neste curto espaço de tempo (STICE, ERIC e RAGAN, JENNIFER, 2002).

Nunes (2003), em sua tese, afirma que, por serem os transtornos alimentares distúrbios com amplos fatores acoplados em sua origem e desenvolvimento, é necessário que as pesquisas em anorexia e bulimia nervosas não sejam desenvolvidas somente de forma transversal, mas também em populações não cronificadas (ou seja, não clínicas). Assim será possível um melhor entendimento das variáveis essenciais no desenvolvimento desses transtornos. Estudos longitudinais são raros em populações não clínicas, pois só a partir de dados confiáveis e atualizados será possível a elaboração de estratégias de tratamento e principalmente de prevenção destes distúrbios (NUNES, 2003). Além disso, na literatura se percebe que o tratamento de bulimia nervosa em adolescentes possui menores evidências do que para adultos (PRETORIUS *et al.*, 2009).

3 HIPÓTESE

Esse estudo possui como hipóteses:

H_0 - A psicoeducação não trará resultados eficientes na intervenção em adolescentes com bulimia nervosa.

H_1 - A psicoeducação trará resultados eficientes na intervenção em adolescentes com bulimia nervosa.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as possíveis diferenças entre a intervenção psicoterápica do tipo cognitivo-comportamental e a intervenção psicoeducativa em adolescentes diagnosticadas com bulimia nervosa.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a frequência de adolescentes que preenchem os critérios para bulimia nervosa entre os adolescentes com sintomatologia positiva em transtornos alimentares em questionários de rastreamento;
- Descrever o perfil biodemográfico dos adolescentes pesquisados e determinar a associação de fatores socioeconômicos (renda familiar, moradia, número de irmãos, ordem de nascimento e escolaridade dos pais);
- Conferir os padrões antropométricos entre os adolescentes com diagnóstico de transtornos alimentares no grupo de intervenção em terapia cognitivo-comportamental e no grupo de psicoeducação.
- Confrontar o desenvolvimento dos sintomas de compulsão alimentar, de comportamento de purgação e de insatisfação corporal entre o grupo de intervenção em terapia cognitivo-comportamental e o grupo de psicoeducação.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um ensaio clínico, não randomizado. O ensaio clínico é um método de estudo que possui como objetivo a solução de um problema a partir de uma intervenção clínica, permitindo que duas ou mais intervenções sejam avaliadas. Porém, é um tipo de pesquisa onerosa, além de uma preocupação constante com a manutenção do rigor metodológico (SOUZA, 2009).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo desenvolveu-se na Região Metropolitana do Recife, no estado de Pernambuco. A Região Metropolitana do Recife é constituída por 14 municípios (Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata. Porém, somente três municípios participaram da pesquisa: Recife, Jaboatão dos Guararapes e Camaragibe. A Região Metropolitana do Recife possui 2.770,452 km^2 de extensão territorial, com uma população de 3.914.317habitantes (IBGE, 2013).

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

A população foi composta por adolescentes com sintomatologia positiva no questionário de rastreamento para bulimia nervosa, o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo – BITE, versão para adolescentes (Anexo A). Foram selecionadas 127 adolescentes de estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa em Comportamento Alimentar da Universidade Federal de Pernambuco, durante os anos de 2011 a 2013.

As adolescentes eram do sexo feminino, estudantes de escolas públicas estaduais de Recife no período 2011-2016, com idades entre 12 a 17 anos no primeiro contato com o grupo de pesquisa. A escolha por somente adolescentes do sexo feminino ocorreu com o objetivo de maior homogeneização da amostra e pelo fato das mulheres estarem mais susceptíveis aos transtornos alimentares (HUDSON *et al.*, 2007; NEUFELD, 2015).

5.4 AMOSTRA

Foram localizadas 51 adolescentes através do contato telefônico. Essas adolescentes realizaram as sessões H (humor), P (comportamento alimentar) e N (capacidades) da entrevista clínica diagnóstica, Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem – Estar de Crianças e Adolescentes – DAWBA (Anexo B). Além do DAWBA, a adolescentes foram medidas e pesadas e preencheram dois questionários autoaplicáveis: o Teste de Insatisfação com a Imagem Corporal (BSQ) (Anexo C). Para a permanência da adolescente na amostra, era necessário detectar seu diagnóstico para transtorno alimentar através do DAWBA e que os critérios de inclusão abaixo fossem obedecidos.

Os critérios de inclusão foram:

- Diagnóstico de bulimia nervosa;
- Ser do sexo feminino;
- Ter até 17 anos no dia da entrevista diagnóstica.

Os critérios de exclusão:

- Adolescentes que estão em tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico ou estiveram nos últimos 12 meses;
- Adolescentes com ideação suicida;
- Adolescentes que não possuam capacidade cognitiva para compreensão das perguntas;
- Adolescentes grávidas;
- Adolescentes com percentil maior que 97 na curva de crescimento para meninas de 5 a 19 anos, segundo a OMS (WHO, 2007).

A exclusão das adolescentes possuiu como objetivo manter a homogeneidade do grupo. A homogeneidade é essencial para a condução de tratamento em grupo (NEUFELD, 2015). A manutenção de adolescentes em tratamento psicoterápico ou psiquiátrico em outra instituição poderia influenciar no seu comportamento alimentar, distorcendo os dados da pesquisa.

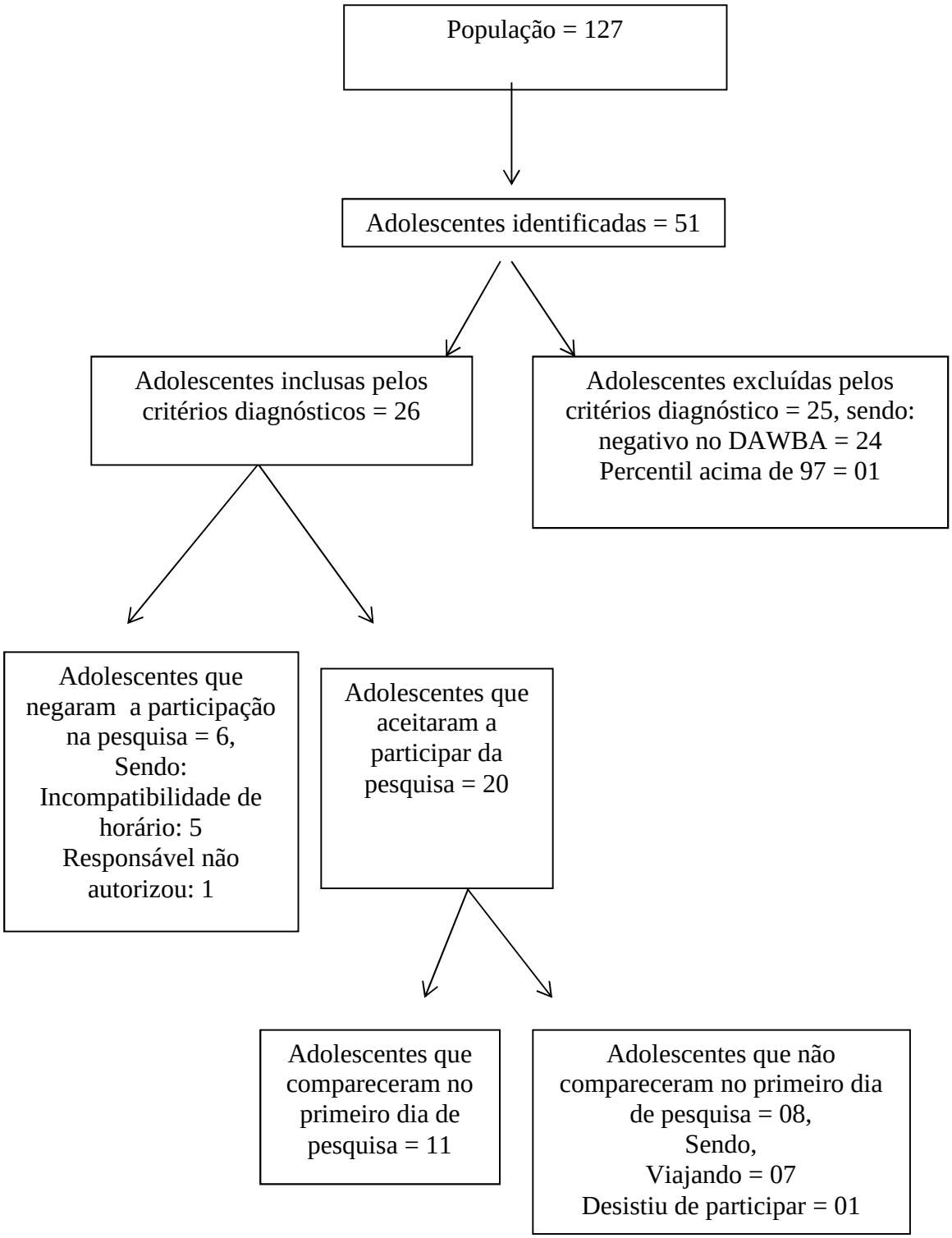
As adolescentes com ideação suicida estariam em um alto nível de sofrimento, sendo necessário acompanhamento intensivo para a manutenção de sua vida, sendo esta conduta incoerente com o objetivo do grupo. As adolescentes com baixa compreensão cognitiva necessitariam de um ritmo próprio para receber os benefícios da terapia, sendo que o grupo de pesquisa seguiu um protocolo com tempo de intervenção definido.

Na gravidez há mudança da percepção da imagem corporal (um dos principais desencadeadores de transtornos alimentares), assim a exclusão das adolescentes grávidas seria necessária.

Por fim, a exclusão das adolescentes com percentil maior de 97 na curva de crescimento se faz necessária, por essas adolescentes estarem classificadas na faixa na obesidade. (Anexo D). Para a obesidade essas adolescentes necessitariam de tratamento diferenciado. Além disso, a manutenção desta adolescente prejudicaria a homogeneidade do grupo.

Ao final desta etapa, 26 adolescentes cumpriam os critérios para a continuação na pesquisa. Destas, 20 concordaram em participar da pesquisa e 11 compareceram no primeiro dia do encontro, como apresentado no fluxograma abaixo (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma da amostra



Fonte: Elaborada pela autora

As adolescentes selecionadas foram sorteadas para o preenchimento das vagas, divididas em dois grupos. No grupo 1 (experimental) as adolescentes foram tratadas com

psicoeducação em grupo e dele participaram seis adolescentes. No grupo 2 (controle) as adolescentes foram tratadas com terapia cognitivo-comportamental em grupo e dele participaram cinco adolescentes.

O quantitativo de adolescentes no grupo, seguiu a recomendação de menos de 10 adolescentes por grupo. Essa recomendação é necessária, quando se trata de adolescentes com diagnóstico de algum tipo de transtorno mental. (NEUFELD, 2015).

A composição dos dois grupos de pesquisa se mostrou homogênea e sem diferenças significativas entre eles. A homogeneidade das amostras em ensaios clínicos é de extrema importância para a comparação entre os grupos. (NEUFELD, 2015). A quantidade de adolescentes em cada grupo (Grupo controle: cinco e grupo experimental: sete) é a recomendada pela literatura para grupos com pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos. (CHEN *et al.*, 2003; FAIRBURN, 2008; NEUFELD, 2015).

5.5 MATERIAL

Durante a pesquisa foram utilizados diversos materiais. Entre eles, questionários autoaplicáveis, entrevista semiestruturada e instrumentos para a coleta de dados:

1. Questionário biodemográfico (Apêndice B);
2. Escala para rastreamento de transtornos da alimentação: BITE - Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh, *"Bulimic Investigatory Test of Edinburgh"*, versão para adolescentes (Anexo A);
3. Entrevista diagnóstica: Desenvolvimento e Bem – Estar de Crianças e Adolescentes, *"Development and Weel-Being Assessment"* (DAWBA); Sessão de depressão (Sessão H), Sessão de Transtornos Alimentares (Sessão P), Sessão de competências (Sessão N) (Anexo B);
4. Escala para rastreamento de insatisfação corporal: BSQ "*Body Shape Questionnaire*" (Anexo C);
5. Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para Tratamento de Transtornos Alimentares de Oxford (2003, 2008);
6. Modelo de psicoeducação para transtornos alimentares de Stice e Ragan (2002);
7. Balança digital;
8. Fita métrica;

9. Espelho de corpo inteiro;
10. Material de escritório (cartolinas coloridas, tinta guache, hidrocor, lápis de cor, giz de cera, papéis coloridos, pincéis, massa de modelar, tesouras, canetas, lápis, entre outros);
11. Material lúdico: bola, balão de festa, jogo “pega varetas”;
12. Kit multimídia: notebook, projetor, caixas de som.

Para os dados socioeconômicos foi utilizado um questionário biodemográfico (Apêndice B) criado pelo grupo de pesquisa, acrescido de questões do questionário de Critério de Classificação Econômica Brasileira - 2015 (CCEB, 2015), da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (Anexo E).

O questionário de Critério de Classificação Econômica Brasileira – 2015 (CCEB, 2015) foi atualizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) em 2015. Esta classificação tem como objetivo segmentar a população brasileira por critérios econômicos, utilizando o levantamento de características dos domicílios brasileiros, como: a presença e quantidade de itens de conforto no domicílio e o grau de escolaridade do chefe da família.

A pontuação do CCEB varia de 0 a 100 pontos, de acordo com as características do domicílio e consumo. Então, após a pontuação é realizada a correspondência entre as faixas de pontuação e os estratos de classificação, divididos em: A, B1, B2, C1, C2, DE, como demonstrado no quadro 3.

Quadro 3: Cortes do Critério Brasil para a classificação econômica da população

CLASSE	PONTOS
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
DE	0-16

Fonte: CCEB, 2015

O Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh (*Bulimic Investigatory Test of Edinburgh*) – BITE foi desenvolvido por Herderson e Freeman, em 1987, para o rastreamento e a avaliação da gravidade da bulimia nervosa a partir da avaliação de aspectos cognitivos e comportamentais. Foi traduzido para o português como Teste de Investigação Bulímica de

Edimburgo por Cordás e Hochgraf, em 1993 e está validado na população brasileira. Para adolescentes, ele foi adaptado por Ximenes e colaboradores em 2011. (HENDERSON e FREEMAN, 1987; CORDÁS e HOCHGRAF, 1993; XIMENES *et al.*, 2011). Este teste fornece os resultados em duas escalas: uma de sintomas e outra de gravidade. Na escala de sintomas, escore igual ou maior que 20 é indicador de comportamento de compulsão alimentar com grande possibilidade de bulimia nervosa; escore entre 10 e 19 sugere padrão alimentar não usual, necessitando avaliação por uma entrevista clínica. Na escala de gravidade, escore entre 6 e 10 indica gravidade significativa e escore maior ou igual a 10: grande intensidade (CORDÁS e HOCHGRAF, 1993; NUNES *et al.*, 2006).

A adaptação para adolescentes brasileiros do BITE foi realizada em 2011, por Ximenes e colaboradores. Participaram da adaptação 109 adolescentes da cidade do Recife. Os autores obtiveram como o menor percentual da concordância observada 88,9% e o menor valor de kappa foi 0,60, indicando que a concordância variou de boa a excelente. Na análise intra-examinador, o menor percentual de coincidência observada correspondeu a 88,9%, enquanto que o valor de kappa foi, no mínimo, igual a 0,73. O alfa de Cronbach foi igual a 0,76 (superior a 0,75), indicando um grau adequado de consistência interna.

O *Body Shape Questionnaire* (BSQ) é utilizado para estudos em que há o objetivo de avaliar a insatisfação corporal de um indivíduo, dirigido para a magreza. A escala BSQ foi desenvolvida por Cooper e colaboradores em 1987 para a população norte-americana e traduzido para o português (brasileiro) por Di Pietro (Di PIETRO, 2001). Em 2009, o BSQ foi validado para a população de adolescentes brasileiros por Conti e colaboradores, tendo obtido bom desempenho ao apresentar evidências de confiabilidade e validade (NUNES *et al.*, 2006; CONTI, CORDÁS, *et al.*, 2009).

O BSQ avalia aspectos da imagem corporal relacionados à preocupação e ao comportamento dos indivíduos em relação a sua aparência física, sendo constituído por 34 questões respondidas através de uma escala Likert variando de 1 (nunca) a 6 (sempre). Foram encontrados dois tipos de classificações propostas na literatura brasileira. No estudo de Conti, Cordás e Latorre em 2009 utiliza a classificação proposta por Cordás em 1994, porém no estudo de Caetano et al., também de 2009, é utilizado a classificação proposta por Di Pietro em 2001 (CONTI, CORDÁS, *et al.*, 2009).

A pontuação proposta por Di Pietro (2001) pode variar de 34 a 204 pontos, sendo que quanto mais alta a pontuação, maior a insatisfação com a imagem corporal. A classificação para as respostas são divididas em três categorias: 1ª -“possuem quase nenhuma preocupação

com sua aparência" (pontuação ≤ 100); 2ª - "possuem preocupação leve com sua aparência" (pontuação entre 111 e 138) e 3ª -"preocupam-se além da conta com sua aparência.

Já a pontuação proposta por Cordás e Castilho é composta por quatro categorias. A 1ª categoria corresponde os considerados "Sem insatisfação corporal", correspondendo os < 80; a 2ª categoria é a de "Leve Insatisfação corporal", correspondendo a pontuação de 80 a 110; a 3ª categoria é a "Moderada Insatisfação Corporal" e a 4ª e última categoria são compostas pelas pessoas com "Intensa insatisfação Corporal" com a pontuação >140 (CORDÁS e CASTILHO, 1994).

Será considerada a classificação proposta por Cordás e Castilho, por este autor ter realizado a validação há mais tempo.

As escalas autoaplicáveis foram utilizadas em decorrência da facilidade de seu uso. Este tipo de instrumento permite uma rápida aplicação em grande número de indivíduos, é econômica e objetiva, além de admitir que os respondentes possam responder sem a possível vergonha de uma entrevista face a face. Entretanto, por não avaliar com exatidão alguns conceitos este instrumento não permite uma resposta diagnóstica (NUNES *et al.*, 2006; PERES e SANTOS, 2006; CONTI, SLATER, *et al.*, 2009).

A entrevista de Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem – Estar de Crianças e Adolescentes (*Development and Weel-Being Assessment* - DAWBA), possui três versões. Versão para pais de crianças de 5 a 17 anos, versão para professores de alunos entre 5 e 17 anos e a versão para adolescentes entre 11 a 17 anos.

Em nossa pesquisa foi utilizada a versão para adolescentes de 11 a 17 anos, em que os mesmos são entrevistados diretamente pelo pesquisador, sem a presença dos responsáveis. O DAWBA, versão para adolescentes é constituídos por 19 sessões. As sessões são constituídas por entrevistas semiestruturadas com o objetivo de rastrear e diagnosticar adolescentes com desordens emocionais, comportamentais mais comuns, incluindo hiperatividade. Apesar de o instrumental ser estruturado, o mesmo é composto por algumas questões abertas possibilitando diagnósticos baseados nos critérios diagnósticos internacionais DSM IV e CID -10 (MOYA MARTINS, 2006).

O DAWBA foi construído de modo a poder ser aplicado por pessoas que não possuem experiência clínica. Não é necessário ser psicólogo ou psiquiatra infantil para utilizá-lo (DAWBA, 2012).

A entrevista clínica foi traduzida e validada para o português por Fleitlich Bilyk, Moya, Bastian e Nunes, sendo sua última atualização em 2012 (DAWBA, 2012). A aplicação da sessão de transtornos alimentares (sessão P) pode ser aplicada por entrevistadores treinados

sem prévia experiência clínica em transtornos alimentares (MARTINS, 2004; 2005; MOYA MARTINS, 2006). Além da sessão P, foram aplicadas as sessões H e N. A sessão H, correspondente a sessão de depressão, foi utilizada para a exclusão das adolescentes que se colocavam em risco de vida. A sessão N foi aplicada para avaliar as situações em que as adolescentes se designavam capazes em sua vida, sendo aplicado no final da entrevista.

O DAWBA é atualmente o instrumento mais adequado para diagnóstico de transtornos alimentares em adolescentes brasileiros (MORGAN *et al.*, 2005). Pois, o instrumento considerado o padrão ouro, o Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q), não é validado no Brasil (FREITAS *et al.*, 2002).

Outros instrumentos utilizados na pesquisa, além dos questionários, foram: balança, fita métrica e espelho de corpo inteiro. A balança foi um equipamento da marca Wiso, do tipo W-721, sua pesagem máxima é de 180 quilos. Uma fita métrica de material flexível, graduada em centímetros. A fita métrica foi afixada na parede da sala de atendimento (Figura 2). E um espelho de corpo inteiro, para exercícios de imagem corporal, com medidas de 100X70 cm.

Figura 2: Fita métrica fixada na parede

Fonte: Autora

Entre os manuais existentes para o tratamento de transtornos alimentares, a TCC se destaca. O manual para tratamento em TCC foi proposto primeiramente por Fairburn, Marcus, Wilson (1993) e revisada por Wilson, Fairbun e Agras (1997) e nomeada como Enhanced

Cognitive Behavior Terapy (CBT-E) ela é considerada o padrão ouro e primeira opção de tratamento na bulimia nervosa (BACALTCHUK e HAY, 1999; FAIRBURN e BROWNELL, 2002; NICE, 2004; BULIK *et al.*, 2012; OLIVEIRA e DEIRO, 2013). Esse manual foi adaptado no Brasil pelo Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) ligado ao Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE - RJ). Neste programa de intervenção, o valor que os pacientes dão à forma e ao peso corporal idealizado são os principais alvos de tratamento (NUNES, 2003). Podendo o número de sessões varia de 8 a 20 sessões. (SPRINGER *et al.*, 1999; FAIRBURN e BROWNELL, 2002; FAIRBURN *et al.*, 2003; FAIRBURN, 2008).

Para a intervenção em psicoeducação foi utilizado o modelo de Stice e Ragan (STICE, ERIC e RAGAN, JENNIFER, 2002). Este modelo de intervenção foi baseado no estudo realizado por Springer em adolescentes americanas e replicada e adaptada para a população de universitários, mantendo os efeitos positivos da intervenção (STICE *et al.*, 2006).

Neste modelo de psicoeducação os encontros em grupo ocorrem semanalmente por 1h30, durante 15 semanas, havendo melhora dos sintomas dos distúrbios alimentares (STICE, E. e RAGAN, J., 2002). Por ajustes metodológicos, a intervenção neste estudo foi diminuído para 13 encontros, porém, mantendo-se os todos os temas trabalhados.

5.6 EQUIPE DE PESQUISA E TREINAMENTO

A pesquisadora principal deste projeto realizou três treinamentos específicos para este estudo. O primeiro foi o treinamento para administração do protocolo na entrevista DAWBA, realizado no Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência, no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (PROTAD – IPq/FMUSP), sob a supervisão da Drª Bacy Fleitlich-Bilyk, em março de 2013. O segundo treinamento foi em TCC, no Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de São Paulo (AMBAN-IPq/USP), de março a dezembro de 2013. O terceiro foi a conclusão dos dois módulos de Transtornos Alimentares e Obesidade promovidos pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), voltados para a saúde da criança e do adolescente em fevereiro e em março de 2014, tornando a pesquisadora apta a promover a intervenção em TCC e a treinar a equipe de colaboradores.

Para a manutenção da licitude do estudo a pesquisadora contou com uma equipe de apoio de sete pessoas. Assim a pesquisadora principal não esteve presente em todas as etapas

da pesquisa, como na entrevista diagnóstica, aplicação dos questionário e a terapia no grupo experimental .

A distribuição da equipe com as suas devidas atribuições foi feita da seguinte forma:

a) Aplicadores dos instrumentos iniciais: dois profissionais com formação de nível superior na área de saúde e treinados na entrevista DAWBA;
b) Terapeutas: A pesquisadora conduziu o grupo de TCC e outra psicóloga, com experiência em grupo de adolescentes, conduziu o grupo experimental (psicoeducação);
c) Co-terapeutas: três alunas de psicologia que já haviam cursado a disciplina de Dinâmica em Grupo e uma aluna do curso de enfermagem, com vivência em atividades com adolescentes. Cada grupo contou com dois co-terapeutas.

Os membros da equipe acima citados fazem parte do grupo de pesquisa de Comportamento Alimentar da UFPE, com exceção dos co-terapeutas.

5.7 COLETA DE DADOS

Às adolescentes que aceitaram participar desta pesquisa foi entregue um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE (APÊNDICE C) e para seus responsáveis, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE D), em conjunto com uma explicação oral. Após serem entrevistadas com o DAWBA e a aplicação dos questionários como BITE, e BSQ e serem pesadas e medidas, as adolescentes foram divididas em dois grupos.

Para ser necessário o atendimento em grupo é preciso um espaço amplo, com cadeiras que comportem o número total de participantes. Além, de equipamentos como espelho de corpo inteiro, balança e fita métrica. Os grupos de intervenção (TCC e de psicoeducação) ocorreram nas salas cedidas pelo Departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. (Figuras 3 e 4).

Figura 3: Grupo experimental na sala de aula do Departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Fonte: Equipe de pesquisa

Figura 4: Grupo controle na sala de reunião do Departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Fonte: Autora

Uma van contratada pela equipe de pesquisa era a responsável pelo transporte das adolescentes de sua escola ou casa até o local de pesquisa, assim como o retorno. (Figura 5).

Figura 5: Van contrata pela equipe de pesquisa

Fonte: Equipe de pesquisa

Os grupos ocorreram simultaneamente, durantes os meses de janeiro a março de 2016, com duração de 1h45 em cada sessão. Em seguida, era servido um lanche para as adolescentes. (Figura 6).

Figura 6: Lanche após a realização do grupo

Fonte: Equipe de pesquisa

Os temas foram trabalhados nos grupos de forma lúdica, com a utilização de materiais de escritório, como cartolinas coloridas, folhas A4, lápis de cor, tinta guache, giz de cera e hidrocor. Além de balões de festa, bola, jogo “pega varetas”, dentre outros.

No primeiro encontro, todas as participantes receberam um kit terapia, composto por uma pasta contendo um caderno para anotações, lápis e borracha, além de uma mensagem de boas vindas.

5.7.1 Coleta de dados no grupo controle

Foram realizadas 13 encontros com as adolescentes no grupo controle, TCC. As duas primeiras sessões ocorreram na mesma semana e os encontros posteriores ocorreram semanalmente. O primeiro encontro foi intitulado de sessão 0, como preconizado pelo Manual de Oxford (FAIRBURN, 2008).

Durante a intervenção, houve a aplicação de instrumentos de avaliação da insatisfação da imagem corporal (BSQ), e sintomas de bulimia nervosa e compulsão alimentar (BITE). Essas aplicações ocorreram no primeiro encontro e depois a cada 4 encontros.

No quadro 4, estão especificadas as sessões e os objetivos trabalhados em cada uma. No Apêndice E, encontra-se o detalhamento por sessão.

Quadro 4: Sessões de terapia cognitivo-comportamental

(continua)

Sessão	Encontro	Objetivos do encontro
0	1	Apresentação dos objetivos do grupo; criação do contrato terapêutico; formulação do caso (individual); primeira coleta de dados.
1	2	Engajamento para a mudança, psicoeducação das emoções, explicação do modelo da auto percepção, importância das tarefas de casa, psicoeducação sobre a checagem de peso; pesagem
2	3	Revisão do modelo de funcionamento do grupo; revisão do auto monitoramento das emoções; psicoeducação do Modelo Cognitivo; Psicoeducação do automonitoramento da alimentação; pesagem
3	4	Pesagem e discussão sobre a variação do peso, revisão do auto monitoramento alimentar; discussão sobre problemas alimentares (sugestão das adolescentes: alimentos que ajudam cabelo e pele).
4	5	Pesagem e discussão sobre a variação do peso, revisão do auto monitoramento alimentar; revisão da tarefa de casa; discussão sobre problemas alimentares; segunda coleta dos dados. (continuação)
5	6	Pesagem e discussão sobre o gráfico de peso, revisão do auto monitoramento alimentar e da tarefa de casa; discussão sobre alimentação regular.
6	7	Pesagem e discussão sobre o gráfico de peso, revisão do auto monitoramento alimentar; revisão da tarefa de casa; discussão sobre o estilo de se alimentar de forma saudável e a purgação.
7	8	Pesagem e discussão sobre o gráfico de peso, revisão do auto monitoramento alimentar; revisão da tarefa de casa; discussão sobre sentir-se pleno e perda e peso.
8	9	Pesagem e discussão sobre o gráfico de peso, revisão do auto monitoramento alimentar; revisão da tarefa de casa; discussão sobre exercícios físicos excessivos e o envolvimento do outro para o sucesso do tratamento; terceira reaplicação das escalas.
9	10	Pesagem e discussão sobre o gráfico de peso, revisão do auto monitoramento alimentar; revisão da tarefa de casa; revisão dos progressos; identificação das barreiras para o progresso; discussão dos mecanismos de manutenção[1]: Auto avaliação pela forma e peso -identificar esse comportamento e suas consequências, a auto checagem, “sentindo-se gorda”.
10	11	Pesagem e discussão sobre o gráfico de peso, revisão do auto monitoramento alimentar; revisão da tarefa de casa; discussão dos mecanismos de manutenção: Auto avaliação pela forma e peso - a auto checagem corporal ou a evitação, “sentindo-se gorda”.
11	12	Pesagem e discussão sobre o gráfico de peso, revisão do auto monitoramento alimentar; revisão da tarefa de casa; discussão

		dos mecanismos de manutenção: Auto avaliação pelo controle dos alimentos - as consequências da tentativa de controle dos alimentos e as alterações de humor influenciadas pelo comportamento alimentar.
12	13	Finalização do grupo - Manutenção do progresso. Estratégias utilizadas anteriormente que podem ser mantidas. Construção do plano de estratégias; quarta reaplicação das escalas.

[1] – Os mecanismos de manutenção dos transtornos alimentares são no número de seis, porém dois deles não foram trabalhados em nosso grupo, por não estarem presentes na amostra. São eles: manutenção de baixo peso e restrições dietéticas.

Fonte: Elaborado pela autora

5.7.2 Coleta de dados no grupo experimental

Foram realizadas 13 encontros com as adolescentes no grupo experimental, de psicoeducação. Os grupos ocorreram semanalmente, sem interrupção.

Durante a intervenção, houve a aplicação dos instrumentos de avaliação da insatisfação da imagem corporal (BSQ) e sintomas de bulimia nervosa e compulsão alimentar (BITE). Essas aplicações ocorreram no primeiro encontro e depois a cada 4 encontros.

No quadro 5, estão especificadas as sessões e os objetivos trabalhados em cada semana da psicoeducação. No apêndice F, encontra-se o detalhamento por sessão.

Quadro 5 – Sessões de psicoeducação

Encontro	**Sessão**
1	Apresentação dos objetivos do grupo; criação do contrato terapêutico; primeira coleta de dados.
2	Tema: Imagem Corporal e Mídia
3	Tema: Perspectiva histórica da imagem corporal
4	Tema: História da Beleza - Beleza e imperfeição como agentes de evolução; segunda aplicação dos questionários e pesagem
5	Tema: Continuação da discussão sobre a História da Beleza
6	Tema: O desenvolvimento do corpo humano nas fases da vida
7	Tema: Aparência Física X Capacidade Física
8	Tema: A imagem corporal e do ciclo de vida: (envelhecimento, exercício, cirurgia); terceira coleta de dados
9	Tema: Os transtornos alimentares
10	Tema: Consequências físicas e psicológicas da bulimia nervosa
11	Tema: Obesidade e Imagem corporal
12	Tema: Discussão sobre a influência social e cultura no desenvolvimento da imagem corporal
13	Tema: Encerramento do grupo, quarta aplicação dos questionários e pesagem

Fonte: Elaborado pela autora

5.8 MEDIDAS DE EFICÁCIA

As medidas primárias de eficácia no estudo foram: diminuição dos sintomas de bulimia nervosa, sintomas de compulsão alimentar e diminuição da insatisfação corporal.

Para a avaliação dessas medidas, as participantes responderam aos questionários correspondentes em quatro tempos (demonstrados no quadro 4 para o grupo controle e no quadro 5 para o grupo experimental).

5.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi construído em programa Excel®, do programa Office10® da Microsoft®. A análise estatística foi realizada por programa SPSS®, versão 21 e MEDLAC®, versão 12.5.0.0

Foram realizados análise estatística do tipo descritiva através de frequências absolutas e percentuais nas variáveis categóricas e média, desvio padrão e mediana para as variáveis numéricas.

Os dados também foram avaliados inferencialmente. Para as varáveis categóricas foi utilizado o teste Extrato de Fisher e para as variáveis numéricas foram utilizados os testes de Mann-Whitney. Para a comparação entre as avaliações de cada grupo, foi utilizado o teste de Friedman.

Nas situações com diferença significativa entre as avaliações através do teste de Friedman, foram utilizados os testes de comparações múltiplas do referido teste.

5.10 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob o número 706.841, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Participaram desse estudo adolescentes que assinaram o termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) e cujos responsáveis assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Ao final da pesquisa, as adolescentes foram encaminhadas para o serviço de Terapia Familiar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, baseando-se nas evidências de que o tratamento familiar é fundamental para a efetiva remissão dos sintomas de transtornos alimentares. (TURKIEWICZ *et al.*, 2010; JAEGER *et al.*, 2011).

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Participaram do estudo 11 adolescentes do sexo feminino, estudantes de Escolas da Rede Estadual de Pernambuco localizadas em Recife e Camaragibe e da Rede Municipal de Ensino de Jaboatão dos Guararapes, totalizando cinco escolas. Todas as escolas se localizavam na Região Metropolitana do Recife. Nenhuma das adolescentes participantes estudavam na mesma turma.

A amostra foi constituída por cinco adolescentes com idade entre 13 a 16 anos e com outras seis adolescentes entre 17 a 19 anos. Duas das pesquisadas eram da classe social B2, cinco eram da classe C (3 eram C1 e 2 eram C2) e duas eram da classe D ou E. (Tabela 1).

A amostra se mostrou homogênea entre os dois grupos, conforme indicado na tabela 1, não havendo diferenças significativas ($p>0,05$) no perfil das participantes.

Das 11 adolescentes que iniciaram o estudo, nove concluíram a terapia. E algumas dessas não realizaram todas as quatro avaliações durante o processo.

Tabela 1 – Avaliação do perfil demográfico segundo o grupo

Variável	Grupo Experimental		Controle		Grupo Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
• **Faixa etária**							
13 a 16	3	60,0	2	33,3	5	45,5	$p^{(1)} = 0,567$
17 a 19	2	40,0	4	66,7	6	54,5	
TOTAL	**5**	**100,0**	**6**	**100,0**	**11**	**100,0**	
• **Tem irmãos?**							
Sim	4	80,0	5	83,3	9	81,8	$p^{(1)} = 1,000$
Não	1	20,0	1	16,7	2	18,2	
TOTAL	**5**	**100,0**	**6**	**100,0**	**11**	**100,0**	
• **Lugar que ocupa na família em relação aos irmãos**							
Filho único	1	20,0	1	16,7	2	18,2	$p^{(1)} = 0,740$
Caçula	2	40,0	1	16,7	3	27,3	
Intermediário	2	40,0	2	33,3	4	36,4	
Mais velho	-	-	2	33,3	2	18,2	
TOTAL	**5**	**100,0**	**6**	**100,0**	**11**	**100,0**	
• **Escolaridade do responsável**							
Fundamental incompleto	2	50,0	1	16,7	3	30,0	$p^{(1)} = 0,743$
Fundamental completo	1	25,0	2	33,3	3	30,0	
Médio/ Superior incompleto	1	25,0	3	50,0	4	40,0	
TOTAL	**4**	**100,0**	**6**	**100,0**	**10**	**100,0**	
• **Número de pessoas na residência**							
2 a 3	3	60,0	3	50,0	6	54,5	$p^{(1)} = 1,000$
4 ou mais	2	40,0	3	50,0	5	45,5	
TOTAL	**5**	**100,0**	**6**	**100,0**	**11**	**100,0**	
• **Número de cômodos na residência**							
Até 5	1	20,0	2	33,3	3	27,3	$p^{(1)} = 1,000$
6 ou mais	4	80,0	4	66,7	8	72,7	
TOTAL	**5**	**100,0**	**6**	**100,0**	**11**	**100,0**	
• **CCEB**							
B3	-	-	2	33,3	2	20,0	$p^{(1)} = 0,829$
C1	1	25,0	2	33,3	3	30,0	
C2	1	25,0	1	16,7	2	20,0	
D+E	2	50,0	1	16,7	3	30,0	
TOTAL	**4**	**100,0**	**6**	**100,0**	**10**	**100,0**	

(1): Através do teste Exato de Fisher.

6.2 COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS ENTRE OS PERÍODOS PRÉ, DURANTE E PÓS INTERVENÇÃO

As adolescentes foram avaliadas em quatro momentos durante a intervenção. Nas avaliações foram categorizados os sintomas de bulimia nervosa, os comportamentos de compulsão alimentar e a insatisfação corporal.

A avaliação da bulimia nervosa durante a intervenção é demonstrada na tabela 2, na forma de sintomas e de gravidade. A maior diferença entre os grupos ocorreu em relação a frequência dos sintomas de bulimia nervosa na avaliação 3 com grau médio, porém não houve diferença significativa entre o grupo controle e o experimental.

Tabela 2 – Avaliação dos sintomas e da gravidade da bulimia segundo o grupo por avaliação

Avaliação	Variável	Grupo Controle n	Grupo Controle %	Grupo Experimental n	Grupo Experimental %	Grupo Total n	Grupo Total %	Valor p
	• Sintomas de bulimia							
• A1	Negativo	-	-	2	40,0	2	20,0	$p^{(1)} = 0,683$
	Médio	4	80,0	2	40,0	6	60,0	
	Alto	1	20,0	1	20,0	2	20,0	
	TOTAL	**5**	**100,0**	**5**	**100,0**	**10**	**100,0**	
• A2	Negativo	-	-	1	25,0	1	12,5	$p^{(1)} = 0,429$
	Médio	4	100,0	2	50,0	6	75,0	
	Alto	-	-	1	25,0	1	12,5	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	
• A3	Negativo	-	-	2	50,0	2	25,0	$p^{(1)} = 0,143$
	Médio	4	100,0	1	25,0	5	62,5	
	Alto	-	-	1	25,0	1	12,5	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	
• A4	Negativo	1	25,0	2	50,0	3	37,5	$p^{(1)} = 1,000$
	Médio	3	75,0	2	50,0	5	62,5	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	
	• Gravidade da bulimia							
• A1	Não significativo	4	80,0	2	40,0	6	60,0	$p^{(1)} = 0,683$
	Significativo	1	20,0	1	20,0	2	20,0	
	Grande intensidade	-	-	2	40,0	2	20,0	
	TOTAL	**5**	**100,0**	**5**	**100,0**	**10**	**100,0**	
• A2	Não significativo	4	100,0	3	75,0	7	87,5	$p^{(1)} = 1,000$
	Significativo	-	-	1	25,0	1	12,5	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	
• A3	Não significativo	4	100,0	3	75,0	7	87,5	$p^{(1)} = 1,000$
	Significativo	-	-	1	25,0	1	12,5	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	
• A4	Não significativo	4	100,0	3	75,0	7	87,5	$p^{(1)} = 1,000$
	Grande intensidade	-	-	1	25,0	1	12,5	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	

A1 – 1ª Avaliação; A2 – 2ª Avaliação, A3 – 3ª avaliação, A4 – 4ª avaliação
(1): Através do teste Exato de Fisher.

Na tabela 3 apresenta são os sintomas de compulsão alimentar, durante a intervenção nos grupos controle e experimental. Nesta categoria não houve diferença significativa entre os grupos (p<0,05) em nenhuma das avaliações.

Tabela 3 – Avaliação da compulsão alimentar segundo o grupo por avaliação

Avaliação	Variável	Grupo Controle n	Grupo Controle %	Grupo Experimental n	Grupo Experimental %	Grupo Total n	Grupo Total %	Valor p
	• **Compulsão alimentar**							
• **A1**	Nunca	1	20,0	1	20,0	2	20,0	$p^{(1)}$ = 1,000
	Quase nunca	3	60,0	2	40,0	5	50,0	
	Uma vez por mês	1	20,0	1	20,0	2	20,0	
	Uma vez por semana	-	-	1	20,0	1	10,0	
	TOTAL	**5**	**100,0**	**5**	**100,0**	**10**	**100,0**	
• **A2**	Nunca	2	50,0	-	-	2	25,0	$p^{(1)}$ = 0,657
	Quase nunca	1	25,0	1	25,0	2	25,0	
	Uma vez por mês	1	25,0	2	50,0	3	37,5	
	2 ou 3 vezes por semana	-	-	1	25,0	1	12,5	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	
• **A3**	Nunca	1	25,0	1	25,0	2	25,0	$p^{(1)}$ = 0,657
	Quase nunca	1	25,0	2	50,0	3	37,5	
	Uma vez por mês	2	50,0	-	-	2	25,0	
	Uma vez por semana	-	-	1	25,0	1	12,5	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	
• **A4**	Nunca	1	25,0	-	-	1	12,5	$p^{(1)}$ = 1,000
	Quase nunca	2	50,0	2	50,0	4	50,0	
	Uma vez por mês	1	25,0	1	25,0	2	25,0	
	Uma vez por semana	-	-	1	25,0	1	12,5	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	

(1): Através do teste Exato de Fisher.

A insatisfação corporal das adolescentes durante a intervenção é apresentada na tabela 4. Nesta tabela percebe-se que no grupo total a maior frequência nas primeiras avaliações (A1 e A2) correspondiam a categoria “leve insatisfação”. Sendo que na primeira avaliação nenhuma das adolescentes foi classificada na categoria “sem insatisfação”. Na terceira avaliação a maior frequência passou a ser a categoria “sem insatisfação” com quatro adolescentes. E esta frequência aumentou na quarta e última avaliação com cinco adolescentes “sem insatisfação” e nenhuma adolescentes com insatisfação do tipo “moderada” ou “intensa”.

Tabela 4 - Avaliação da insatisfação corporal segundo o grupo por avaliação

Avaliação	Variável	Grupo Controle n	Grupo Controle %	Grupo Experimental n	Grupo Experimental %	Grupo Total n	Grupo Total %	Valor p
	• **Insatisfação corporal**							
• **A1**	Leve	2	40,0	5	100,0	7	70,0	$p^{(1)} = 0,167$
	Moderado	2	40,0	-	-	2	20,0	
	Intenso	1	20,0	-	-	1	10,0	
	TOTAL	**5**	**100,0**	**5**	**100,0**	**10**	**100,0**	
• **A2**	Sem insatisfação	-	-	1	25,0	1	12,5	$p^{(1)} = 0,429$
	Leve	4	100,0	2	50,0	6	75,0	
	Moderado	-	-	1	25,0	1	12,5	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	
• **A3**	Sem insatisfação	2	50,0	2	50,0	4	50,0	$p^{(1)} = 1,000$
	Leve	2	50,0	2	50,0	4	50,0	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	
• **A4**	Sem insatisfação	2	50,0	3	75,0	5	62,5	$p^{(1)} = 1,000$
	Leve	2	50,0	1	25,0	3	37,5	
	TOTAL	**4**	**100,0**	**4**	**100,0**	**8**	**100,0**	

A1 – 1ª Avaliação; A2 – 2ª Avaliação, A3 – 3ª avaliação, A4 – 4ª avaliação
(1): Através do teste Exato de Fisher

6.3 ANÁLISE COMPARATIVA PRÉ, DURANTE E PÓS INTERVENÇÃO POR GRUPO

A comparação das variáveis numéricas: pontuação na escala de sintomas do BITE, de gravidade no BITE, de insatisfação corporal na escala BSQ estão descritas na tabela 5.

Nesta tabela é possível verificar que as médias dos sintomas de bulimia nervosa e da gravidade de bulimia nervosa (ambas medidas pela escala BITE) foram menos elevadas na quarta avaliação do que na primeira avaliação, tanto no grupo controle quanto no experimental. Porém, essa diferença não foi significativa ($p > 0,05$).

As médias e medianas da insatisfação corporal (medidas pelo questionário BSQ) reduziram com o tempo de avaliação nos dois grupos de intervenção. Entretanto, a única diferença significativa foi registrada no grupo total.

Tabela 5 - Estatísticas das pontuações nos sintomas, na gravidade da bulimia nervosa e na insatisfação corporal segundo o grupo por avaliação

Variável	Avaliação	Grupo			Valor p
		Controle Média ± DP (Mediana)	**Experimental** Média ± DP (Mediana)	**Grupo Total** Média ± DP (Mediana)	
Sintomas bulimia	**A1**	15,40 ± 2,97 (15,00)	15,40 ± 7,99 (18,00)	15,40 ± 5,68 (15,50)	$p^{(1)} = 0,952$
	A2	14,00 ± 2,45 (13,50)	15,50 ± 6,76 (15,00)	14,75 ± 4,77 (14,00)	$p^{(1)} = 0,800$
	A3	15,00 ± 2,45 (15,50)	12,50 ± 7,42 (10,50)	13,75 ± 5,28 (13,00)	$p^{(1)} = 0,429$
	A4	12,50 ± 3,51 (12,50)	10,00 ± 3,16 (9,50)	11,25 ± 3,37 (10,50)	$p^{(1)} = 0,343$
	Valor de p	**$p^{(2)} = 0,355$**	**$p^{(2)} = 0,256$**	**$p^{(2)} = 0,346$**	
Gravidade bulimia	**A1**	3,00 ± 1,87 (3,00)	3,80 ± 2,86 (4,00)	3,40 ± 2,32 (3,00)	$p^{(1)} = 0,643$
	A2	2,00 ± 2,16 (1,50)	4,25 ± 2,87 (3,50)	3,13 ± 2,64 (2,00)	$p^{(1)} = 0,286$
	A3	1,75 ± 0,50 (2,00)	3,50 ± 3,79 (2,00)	2,63 ± 2,67 (2,00)	$p^{(1)} = 1,000$
	A4	2,25 ± 1,26 (2,00)	3,25 ± 2,63 (2,50)	2,75 ± 1,98 (2,00)	$p^{(1)} = 0,771$
	Valor de p	**$p^{(2)} = 0,811$**	**$p^{(2)} = 0,246$**	**$p^{(2)} = 0,670$**	
Insatisfação corporal	**A1**	118,80 ± 24,99) (122,00)	97,00 ± 9,54 (96,00)	107,90 ± 21,22 (105,50)$^{(A)}$	$p^{(1)} = 0,167$
	A2	98,00 ± 5,48 (96,00)	92,25 ± 20,37 (85,50)	95,13 ± 14,15 (94,50) $^{(A)}$	$p^{(1)} = 0,343$
	A3	81,50 ± 15,89 (77,00)	81,50 ± 23,57 (80,00)	81,50 ± 18,61 (77,00) $^{(A)}$	$p^{(1)} = 0,971$
	A4	75,00 ± 14,45 (74,50)	71,75 ± 10,50 (72,00)	73,38 ± 11,82 (72,00)$^{(B)}$	$p^{(1)} = 0,886$
	Valor de p	**$p^{(2)} = 0,217$**	**$p^{(2)} = 0,093$**	**$p^{(2)} = 0,015$***	

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.
(1): Através do teste de Mann-Whitney.
(2): Através do teste Friedman entre as avaliações com comparações múltiplas do referido teste.
Obs.: Se todas as letras entre parênteses são distintas, comprova-se diferença significativa entre as avaliações correspondentes pelas comparações do referido teste.

7 DISCUSSÃO

Neste estudo, o objetivo foi de comparar a utilização da psicoeducação em grupo (grupo experimental) com a terapia cognitivo-comportamental (grupo controle) no tratamento de bulimia nervosa em adolescentes ainda não cronificadas. Os dois tratamentos realizados na pesquisa demonstraram diminuição de sintomas, na insatisfação corporal e na gravidade da bulimia nervosa, porém essa diminuição não foi significativa em nenhum dos grupos.

Durante a coleta de dados, somente 47% das adolescentes com sintomas de bulimia nervosa no BITE tiveram o diagnóstico confirmado através do DAWBA. Esta taxa pode ser explicada pelo fato de termos incluídos na população adolescentes com o ponto de corte 15 no BITE (médio problema com o comportamento alimentar) e não somente as adolescentes com pontuação maior que 19 no BITE (alta probabilidade de diagnostico para bulimia nervosa) (HENDERSON e FREEMAN, 1987).

Apesar da não significância ao nível de 95%, foi possível observar uma tendência de melhora mais intensa do grupo experimental em relação a insatisfação corporal. Esse melhor resultado da psicoeducação pode ter ocorrido em decorrência deste modelo estar focado na melhora da satisfação com a própria imagem corporal enquanto que a TCC está focada na diminuição de comportamentos bulímicos e flexibilização dos pensamentos em relação ao comportamento alimentar (STICE e RAGAN, 2002; DUCHESNE e ALMEIDA, 2002).

Em estudo realizado nos Estados Unidos com 66 alunas do ensino superior, a psicoeducação reduziu sintomas de insatisfação corporal, de dietas, sintomas de transtornos alimentares e a idealização do peso ideal[3] (STICE e RAGAN, 2002). O modelo deste estudo americano, foi adaptado e utilizado no presente trabalho. Neste modelo, participaram estudantes universitárias interessadas nos seminários sobre transtornos alimentares. Porém, esses resultados também não foram significativos (STICE e RAGAN, 2002). Em outro estudo conduzido em 2006, também com universitárias americanas, sendo um quarto da amostra composta de alunas com transtornos alimentares, os autores encontraram redução significativa na idealização do peso ideal, na redução dos sintomas de insatisfação corporal, de dietas e de sintomas de transtornos alimentares. Porém essa intervenção ocorreu duas vezes na semana durante 15 semanas, dobrando o tempo de psicoeducação, em relação ao estudo anterior, levantando a hipótese de que o tempo de intervenção poderia influenciar nos resultados (STICE *et al.*, 2006).

[3] Tradução livre da expressão: *Thin-ideal internalization*

Outro estudo realizado com jovens membros de irmandades de faculdades americanas também comparou a TCC e a psicoeducação. A intervenção, de duas horas, ocorreu em duas sessões, com intervalo de uma semana entre elas, percebeu-se que nas duas intervenções houve diminuição da insatisfação com a imagem corporal, da patologia de transtornos alimentares e da restrição alimentação. Indo de encontro de que intervenções mais longas produzem resultados mais eficazes (BECKER *et al.*, 2005).

Nos resultados encontrados, observa-se uma tendência de redução nos sintomas gerais de bulimia nervosa, avaliados pelo BITE, mais intensa no grupo experimental (32%) do que no grupo controle (19%). Estudos anteriores encontraram melhora na relação alimentar dos participantes da psicoeducação, além da melhora nos sintomas da insatisfação corporal. Ao mesmo tempo, deve ser levado em consideração que esses estudos foram, em sua maioria, conduzidos com estudantes de ensino superior, sem diagnóstico de transtorno alimentar. Com exceção do estudo de Balestrieri e colaboradores, conduzido em adultos com transtorno da compulsão alimentar periódica (STICE e RAGAN, 2002; BECKER *et al.*, 2005; STICE *et al.*, 2006; BALESTRIERI *et al.*, 2013). Provavelmente, há relação na melhora dos sintomas de satisfação corporal com a melhora dos sintomas gerais de bulimia nervosa, pois este tipo de sintoma faz parte do critério diagnóstico para os transtornos alimentares (APA, 2014).

Diferente dos sintomas gerais, a tendência de diminuição relacionada a gravidade do transtorno foi maior no grupo controle (TCC) (25%) do que no grupo experimental (14,5%). Provavelmente neste tratamento, diminui-se a gravidade em um primeiro momento e por consequência a frequência dos sintomas, porém os sintomas permanecem por um longo período (FAIRBURN e BROWNELL, 2002; AGÜERA *et al.*, 2012). Sabe-se que mesmo a TCC sendo o tratamento padrão, a redução de sintomas de compulsão alimentar e purgação em pacientes com bulimia nervosa chega em aproximadamente 50% nos melhores resultados (WILSON, 1996; DAWKINS *et al.*, 2013; LAMPARD e SHARBANEE, 2015). O tratamento em TCC possui maior ênfase nos comportamentos alimentares disfuncionais (compulsão alimentar e purgação), com o objetivo de diminuir a rigidez no sistema de crenças disfuncionais do paciente. Assim, possivelmente a TCC pode ter diminuído a gravidade em decorrência dessa flexibilização, porém mantendo os sintomas (DUCHESNE e ALMEIDA, 2002; FAIRBURN e BROWNELL, 2002; OLIVEIRA e DEIRO, 2013). Com isso, é considerado aceitável que após o tratamento da bulimia nervosa com a TCC, os pacientes ainda apresentem sintomas do transtorno alimentar, pois o principal objetivo é que o sistema de manutenção das crenças que mantem a bulimia nervosa seja interrompido (FAIRBURN, 2008). Os mecanismos neurobiológicos de ação da TCC no tratamento da bulimia nervosa

ainda não estão claros (LAMPARD e SHARBANEE, 2015), impossibilitando uma discussão mais aprofundada e incitando trabalhos futuros.

Um fator limitador foi o número de desistências, correspondendo no total a 3 (sendo 1 no grupo controle e 2 no experimental). Embora esteja dentro do percentual relatado em outros estudos (BALESTRIERI *et al.*, 2013; SCHNICKER *et al.*, 2013; BREWIN *et al.*, 2016), este fator limitou mais ainda nossa amostra e consequentemente pode ter influenciado nos resultados.

O número de faltas das adolescentes durante a intervenção, resultando na perda de algumas medidas de avaliação, também pode ter influenciado nossos dados. Essas ausências foram, em sua maioria, em decorrência do surto das arboviroses no estado de Pernambuco, ocorrido entre 2015 e 2016. Houve o adoecimento de uma grande parte das participantes ou de familiares, o que tornou as ausências inevitáveis. Para a minimização das faltas e a manutenção da motivação para o tratamento foram realizadas ligações telefônicas e contato por mensagens via celular, como preconizado por Fairburn (2008) e Neufeld (2015). As medidas tomadas para aumentar a adesão das adolescentes demonstraram efeito positivo, promovendo o retorno das adolescentes após a melhora nos quadros clínicos associados as viroses.

Apesar das ocorrências, a importância deste trabalho se dá pela escassez de estudos comparando a TCC com a psicoeducação, apesar da percepção de sua importância. Adicionalmente, a maioria das pesquisas realizadas utilizam amostras heterogêneas, tanto em relação ao tipo de transtorno alimentar quanto à idade, o que torna nossos resultados ainda mais significativos. Este trabalho avançou em relação ao entendimento da importância da psicoeducação no tratamento da bulimia nervosa, levantando evidências de que a educação em saúde possibilita uma melhora dos sintomas nos transtornos alimentares.

8 CONCLUSÕES

O tratamento para bulimia nervosa é longo e demanda grande quantidade de profissionais treinados, tornando o tratamento oneroso para familiares e pacientes. A possibilidade de um tratamento que diminua os sintomas com a utilização de um profissional generalista, como na psicoeducação, traria importante avanço para esta área.

Os dois tratamentos realizados no presente estudo (TCC e psicoeducação em grupo) demonstraram diminuição de sintomas, porém essa diminuição não foi significativa em nenhum dos grupos quando avaliados individualmente. Contudo é necessária a continuação da pesquisa, com o aumento da amostra e se possível com a análise qualitativa dos dados. Todavia, a pesquisa demonstrou a possibilidade da utilização da psicoeducação, em um primeiro momento, em populações não crônicas.

Ademais, sugere-se que os grupos de psicoeducação também podem ser grandes aliados para as pessoas que estão em fila de espera para o tratamento padrão de bulimia nervosa em centros de referências, diminuindo, assim, o sofrimento dos pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

AGÜERA, Zaida et al. Personality changes in bulimia nervosa after a cognitive behaviour therapy. **European Eating Disorders Review**, Chichester**,** v. 20, n. 5, p. 379-385, 2012. ISSN 1099-0968(Electronic);1072-4133(Print).

APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: 5ª edição (DSM-5)**. Porto Alegre: Artmed, 2014..

APPOLINARIO, José C.; CORDÁS, Táki A.; CLAUDINO, Angélica M. Apresentação. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** São Paulo**,** v. 24, n. suppl 3, p. 01-02, 2002.

BACALTCHUK, Josué; HAY, Phillipa Treatment of bulimia nervosa: a synthesis of evidence. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 21, n. 3, p. 184-187, 1999.

BALESTRIERI, Matteo et al. Psychoeducation in Binge Eating Disorder and EDNOS: a pilot study on the efficacy of a 10-week and a 1-year continuation treatment. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity,** v. 18, n. 1, p. 45-51, 2013.

BECKER, Carolyn ; SMITH, Lisa M.; CIAO, Anna C. Reducing eating disorder risk factors in sorority members: A randomized trial *. **Behavior Therapy,** v. 36, n. 3, p. 245–253, 2005.

BERGER, Kathleen S. Adolescência: O desenvolvimento biossocial. In: BERGER, Kathleen S. (Ed.). **O desenvolvimento da pessoa: da infância à terceira idade**. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos, 2003. cap. 14, p.240-260.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico].** DEPUTADOS, M. D. C. D. Brasília: Edições Câmara**:** 207 p. 2012.

BREWIN, Nicola et al. Evaluation of a Motivation and Psycho-Educational Guided Self-Help Intervention for People with Eating Disorders (MOPED). **European Eating Disorders Review,** Chichester v. 24, n. 3, p. 241-246, 2016.

BULIK, Cynthia M. et al. CBT4BN versus CBTF2F: comparison of online versus face-to-face treatment for bulimia nervosa. **Contemporary Clinial Trials,** Chicago v. 33, n. 5, p. 1056-64, Sep 2012.

CALIGARIS, Contardo. **Adolescência**. São Paulo: Publifolha 2000.

CELIO, Angela A. et al. Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an Internet-and a classroom-delivered psychoeducational program. **Journal of consulting and clinical psychology,** v. 68, n. 4, p. 650, 2000.

CHEN, Eunice et al. Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. **The International Journal of Eating Disorders,** Hoboken, v. 33, n. 3, p. 241-54, Apr 2003.

CLAUDINO, Angélica D. M.; BORGES, Maria B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 24, n. supl. 3, p. 7-12, 2002.

COLOM, Francesc; VIETA, Eduard. Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo**,** v. 26, n. suppl. 3, p. 47-50, 2004.

COMBS, Jessica L. et al. Preadolescent Disordered Eating Predicts Subsequent Eating Dysfunction. **Journal of Pediatric Psychology,** v. 38, n. 1, p. 41-9, Jan 2013.

CONTI, Maria A.; CORDÁS, Táki A.; LATORRE, Maria D. R. D. D. O. A study of the validity and reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife**,** v. 9, n. 3, p. 331-338, 2009.

CONTI, Maria A.; SLATER, Betzabeth; LATORRE, Maria D. R. D. D. O. Validity and reproducibility of Escala de Evaluación da Insatisfación Corporal para Adolescentes. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 43, n. 3, p. 515-524, 2009.

CORDÁS, Táki A.; CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares: instrumento de avaliação: "Body Shape questionnaire. **Psiquiatria Biológica,** São Paulo,v. 2, n. 1, p. 17-21, 1994.

CORDÁS, Táki A.; CLAUDINO, Angélica D. M. Eating disorders: historical background. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo v. 24, p. 03-06, 2002.

CORDÁS, Táki A.; HOCHGRAF, Patrícia B. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa - versão para o português. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 141- 144, 1993.

DAWBA. **Levantamento sobre o desenvolvimento e bem - estar de crianças e adolescentes**. 2012. Disponível em: < www.dawba.com >. Acesso em: May 15.

DAWKINS, Hayley et al. Weight suppression in bulimia nervosa: relationship with cognitive behavioral therapy outcome. **The International journal of eating disorders,** Hoboken, v. 46, n. 6, p. 586-93, Sep 2013.

DE LIMA, Nádia L.; ROSA, Carla D. O. B.; ROSA, José F. V. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Estudos e Pesquisas em Psicologia,** Rio de janeiro, v. 12, n. 2, p. 360-378, 2012.

DI PIETRO, M. C. **Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ - "Body Shape Questionnaire" em uma população de estudantes universitários.** 2001.39f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

DUCHESNE, Mônica; ALMEIDA, Paola E. D. M. Cognitive-behavioural therapy of eating disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 24, p. 49-53, 2002.

FAIRBURN, Christopher G. **Cognitive behavior therapy and eating disorders**. New York, London: Guilford Press, 2008.

FAIRBURN, Christopher G.; BROWNELL, Kelly D. **Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook**. New York, Lodon: Guilford Press, 2002.

FAIRBURN, Christopher G.; COOPER, Zafra; SHAFRAN, Roz Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. **Behaviour research and therapy,** v. 41, n. 5, p. 509-528, 2003.

FERRIANI, Maria D. G. C. et al. Adolescent's self-image in a muldisciplinary program assisting obese adolescents. **Revista Brasileira de Saude Matererno Infantil,** v. 5, n. 1, p. 27-33, 2005.

FISKE, Lauren et al. Prevalence of body dissatisfaction among United States adults: Review and recommendations for future research. **Eating Behaviors,** v. 15, n. 3, p. 357–365, August 2014.

FORTES, Leonardo D. S.; MORGADO, Fabiana F. D. R.; FERREIRA, Maria E. C. Factors associated with inappropriate eating behavior in adolescent students. **Revista de psiquiatria Clínica,** São Paulo, v. 40, n. 2, p. 59-64, 2013.

FREITAS, Sílvia Transtornos Alimentares: Introdução, Diagnóstico, Epidemiologia e Etiologia In: BRASIL, M. A. e BOTEGA, N. J. (Ed.). **PEC - PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Título de Especialista em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 196-204

FREITAS, Sínvia; GORENSTEIN, Clarissa; APPOLINARIO, José C. Assessment instruments for eating disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulov. 24, p. 34-38, 2002.

GALVÃO, Ana L.; PINHEIRO, Andréa P.; SOMENZI, Lígia. Etiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, Maria A (Ed.). **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 4, p.59-71.

GIORDANI, Rubia C. F. Body image in nervous anorexia: a sociological approach. **Psicologia & Sociedade,** Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 81-88, 2006.

GONZALEZ, Aranzazu; KOHN, Michael R.; CLARKE, Simon D. Eating disorders in adolescents. **Australian Family Physician,** v. 36, n. 8, p. 614-619, 2007.

GRAHAM, Lisa; WALTON, Mark. Investigating the use of CD-Rom CBT for bulimia nervosa and binge eating disorder in an NHS adult outpatient eating disorders service. **Behavioural and Cognitive Psychoterapy.** v. 39, n. 4, p. 443-456, 2011.

GREVET, Eugenio H.; ABREU, Paulo B. D.; SHANSIS, Flávia. Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** Porto Alegre v. 25, n. 3, p. 446-452, 2003.

HENDERSON, M.; FREEMAN, C. P. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. **The British Journal of Psychiatry,** v. 150, p. 18-24, 1987-01-01 1987.

HERPERTZ-DAHLMANN, Beate. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. **Child and adolescent psychiatric clinics of North America,** v. 24, n. 1, p. 177-96, Jan 2015.

HILLER, A. Eating Disorders Fact Sheet. Arlington, 2014. Disponível em: < http://www.dsm5.org/Documents/Forms/DispForm.aspx?ID=164&Source=http%3A%2F%2Fwww%2Edsm5%2Eorg%2FDocuments%2FForms%2FAllItems%2Easpx&RootFolder=%2FDocuments >. Acesso em: 03/03/15.

HUDSON, James I. et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Biological Psychiatry,** v. 61, n. 3, p. 348-58, Feb 2007.

HURST, Kim; READ, Shelly; HOLTHAM, Tiegan. Bulimia nervosa in adolescents: a new therapeutic frontier. **Journal of Family Therapy**, 2015.

IBGE, I. B. D. G. E. E. **População jovem no Brasil**. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. IBGE. Rio de Janeiro: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1999.

_____. População recenseada e estimada. **Contagem da população de 2013**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: < http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=261160&search=pernambuco >. Acesso em: 28/07/2014.

JAEGER, Maria A. D. S.; SEMINOTTI, Nedio; FALCETO, Olga G. O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 20-27, 2011.

JONES, Allan; CLAUSEN, Loa. The efficacy of a brief group CBT program in treating patients diagnosed with bulimia nervosa: a brief report. **Internatiobal Journal of Eating Disorders,** Hoboken, v. 46, n. 6, p. 560-2, Sep 2013.

KAKESHITA, Idalina S. et al. A figure rating scales for Brazilian adults and children: development and test-retest reliability. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** Brasília v. 25, n. 2, p. 263-270, 2009.

KATZMAN, Melanie A. et al. A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in phase 1 followed by group versus individual CBT in phase 2. **Psychosomatic Medicine**, v. 72, n. 7, p. 656-663, 2010.

KNAPP, Paulo. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Artmed, 2004.

LAMPARD, Amy M.; SHARBANEE, Jason M. The Cognitive-Behavioural Theory and Treatment of Bulimia Nervosa: An Examination of Treatment Mechanisms and Future Directions. **Australian Psychologist,** v. 50, n. 1, p. 6-13, 2015.

LIMA, Nádia L. D.; ROSA, Carla D. O. B.; ROSA, José F. V. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2013

MANN, Tracy et al. Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. **Health Psychology,** v. 16, n. 3, p. 215-225, May 1997 .

MARRONE, Sonia et al. Predictors of response to cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. **International Journal of Eating Disorders**, Hoboken **,** v. 42, n. 3, p. 222-227, 2009.

MARTINS, T. M. **Creation and analysis of The Eating Disorder Section of The DAWBA (Development and Well-Being Assessment)**. 2004. 208f Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

MCCLAY, Carrie-Anne et al. Online cognitive behavioral therapy for bulimic type disorders, delivered in the community by a nonclinician: Qualitative study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 15, n. 3, p. 211-221, 2013.

MCINTOSH, V. V. W. et al. Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. **Psychological Medicine**, United Kingdom**,** v. 41, n. 5, p. 1061-1071, 2011.

MELINA, Paula; ARAÚJO, Alexandra M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 24, n. suppl 3, p. 73-76, 2002.

MITCHELL, James E. et al. Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: Randomised trial. **The British Journal of Psychiatry**, v. 198, n. 5, p. 391-397, 2011.

MOHR, Harald. M. et al. Altered Visual Adaptation to Body Shape in Eating Disorders: Implications for Body Image Distortion. **Perception**, v. 45, n. 7, p. 725-738, 2016.

MORGAN, Christiba M. et al. Good news for Brazilian eating disorders researchers. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v.27, n.3, p. 255-256, 2005.

MOYA MARTINS, Tatiana. **Validação da Sessão de Transtornos Alimentares do *DAWBA (*Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes)**. 2006. Tese (Doutora em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NEUFELD, Carmen B. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NICE,. **Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders** Leicester &

London: British Psychological Society & Gaskell, 2004. Disponúvel em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0051859/ Acesso em: 04/04/2015,

NUNES, Maria A. **Avaliação do impacto de comportamentos alimentares anormais em uma coorte de mulheres jovens no Sul do Brasil**. 2003. Tese (Doutora em Ciências). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

NUNES, Maria A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Artmed, 2006.

OLIVEIRA, Letícia L.; DEIRO, Carolina P. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva,** São Paulo v. 15, n. 1, p. 36-49, 2013.

OMS. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1**. Edusp, 1994.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth D. **Desenvolvimento Humano**. 12. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PERES, Rodrigo S.; SANTOS, Manoel A. Human figure drawing contributions for body image assessment in anorexia nervosa. **Medicina (Ribeirão Preto),** Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 361-370, 2006.

PINZON, Vanessa et al. Peculiarities in the treatment of anorexia and bulimia nervosa in adolescence: the PROTAD experience. **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo v. 31, n. 4, p. 167-169, 00/2004 2004. ISSN 0101-6083.

PRETORIUS, N. et al. Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimic symptomatology: the acceptability and effectiveness of internet-based delivery. **Behavior Research and Therapy,** v. 47, n. 9, p. 729-36, Sep 2009.

RUWAARD, Jeroen et al. Online cognitive-behavioural treatment of bulimic symptoms: a randomized controlled trial. **Clinical Psychology & Psychotherapy,** v. 20, n. 4, p. 308-18, Jul-Aug 2013.

SAIKALI, Carolina J. et al. Body image in eating disorders. **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo**,** v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004.

SCHNICKER, Katja; HILLER, Wolfgang.; LEGENBAUER, Tanja. Drop-out and treatment outcome of outpatient cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Comprehensive Psychiatry,** v. 54, n. 7, p. 812-23, Oct 2013.

SECCHI, Kenny; CAMARGO, Brígido V.; BERTOLDO, Raquel B. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** Brasília v. 25, n. 2, p. 229-236, 2009.

SILVA, Tatiana A. B. D. **Prevalência de sintomas de transtornos alimentares e insatisfação corporal em jovens recifenses**. 2012. 155 Dissertação (Mestre em em

Ciências). Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

SILVA, Tatiana A. B. D. et al. The cognitive-behavior therapies in the treatment of bulimia nervosa: a review. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro**,** v. 64, n. 2, p. 160-168, 06/2015 2015.

SOUZA, Raphael F. O que é um estudo clínico randomizado? **Medicina (Ribeirão Preto), NRibeirão Preto** v. 41, n. 1, p. 3-8, 2009.

SPRINGER, Elizabeth A. et al. Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. **International Journal of Eating Disorders,** Hoboken v. 26, n. 1, p. 13-20, 1999.

STANGIER, Ulrich et al. Maintenance Cognitive-Behavioral Therapy and Manualized Psychoeducation in the Treatment of Recurrent Depression: A Multicenter Prospective Randomized Controlled Trial. **American Journal of Psychiatric** v. 170, n. 6, p. 624-632, 2013.

STEFANO, Emily C. et al. Examination of body checking, body image dissatisfaction, and negative affect using Ecological momentary assessment. **Eating Behaviors,** v. 22, p. 51–54, August 2016.

STENZEL, Lúcia M. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. (Ed.). **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 5, p.73-81.

STEVENS, Serrena D. et al. Adult and childhood weight influence body image and depression through weight stigmatization. **Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2016.

STICE, Eric; ORJADA, Kendra; TRISTAN, RAGAN, Jennifer Trial of a psychoeducational eating disturbance intervention for college women: A replication and extension. **International Journal of Eating Disorders,** Hoboken v. 39, n. 3, p. 233-239, 2006.

STICE, Eric.; RAGAN, Jennifer. A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. **International Journal of Eating Disorders,** Hoboken **,**v. 31, n. 2, p. 159-171, 2002

STORCH, Maja et al. Psychoeducation in affect regulation for patients with eating disorders: a randomized controlled feasibility study. **American Journal of Psychotherapy,** v. 65, n. 1, p. 81-93, 2011.

TRICHES, Rozane M.; GIUGLIANI, Elsa R. J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região sul do Brasil. **Revista de Nutrição,** Campinas v. 20, n. 2, p. 119-128, 2007.

TURKIEWICZ, Gizela et al. Feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: an observational study conducted in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo** v. 32, n. 2, p. 169-72, Jun 2010.

VILELA, João E. M. et al. Eating disorders in school children. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

WAGNER, Gudrun et al. Internet-delivered cognitive-behavioural therapy v. conventional guided self-help for bulimia nervosa: long-term evaluation of a randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry,** v. 202, n. 2, p. 135-41, Feb 2013.

WALLER, Glenn. Recent advances in psychological therapies for eating disorders. **F1000 Reports Medicine,** v. 5, 2009.

WHO. Maternal and child mental health. **WHO - Mental Health**, Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/ >. Acesso em: 29/04/2016.

_____. OMS | Salud de los adolescentes. **WHO**. Disponível em: < http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/ >. Acesso em: 29/04/2016.

_____.Growth reference data for 5-19 years. **WHO** Disponível em: http://www.who.int/growthref/en/. Acesso em: 04/01/2017.

WILSON, G. Terence Treatment of bulimia nervosa: when CBT fails. **Behaviour research and therapy,** v. 34, n. 3, p. 197-212, Mar 1996.

XIMENES, Rosana C. C. **Prevalência de transtornos alimentares em adolescentes com 14 anos de idade na cidade de Recife**. 2004. 136f (Master). Mestrado em Odontopediatria, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Camaragibe.

XIMENES, Rosana; COUTO, Geraldo.; SOUGEY, Everton. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. **Internacional Journal of Eating Disorders,** Hoboken v. 43, n. 1, p. 59-64, Jan 2010.

XIMENES, Rosana C. C. et al. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia,** v. 63, n. 1, p. 52-63, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Artigo de Revisão Publicado

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

On-line version ISSN 1982-0208

J. bras. psiquiatr. vol.64 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2015

http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000072

REVISÃO DE LITERATURA

As terapias cognitivo-comportamentais no tratamento da bulimia nervosa: uma revisão

The cognitive-behavior therapies in the treatment of bulimia nervosa: a review

Tatiana A. Bertulino da Silva[1], Flávia Maria de Nassar de Vasconcelos[1], Rosana Christine Cavalcanti Ximenes[1,2], Thiago Pacheco de Almeida Sampaio[3,4], Everton Botelho Sougey[1]

[1]Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.
[2]UFPE, Departamento de Enfermagem, Centro Acadêmico de Vitória.
[3]Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Programa de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas.
[4]Episteme Psicologia, São Paulo.

RESUMO

Objetivo

Realizar uma revisão na literatura sobre a utilização da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento da bulimia nervosa entre 2009 e 2013.

Métodos

Três bases de dados eletrônicas foram pesquisadas, considerando artigos em língua inglesa, espanhola e portuguesa.

Resultados

Após as análises e exclusão dos artigos, seguindo o método PRISMA, foram selecionados 20 artigos. Os artigos selecionados foram produzidos ou na Europa ou nos Estados Unidos, em língua inglesa. Os diagnósticos da amostra variaram de exclusivamente bulimia nervosa (60%) aos que incluíram pessoas com transtorno de compulsão alimentar (35%), além de diagnósticos mistos (5%). Os estudos foram, em sua maioria, realizados em mulheres adultas. A TCC, em sua abordagem clássica no consultório, foi utilizada em todos os artigos, ora utilizada individualmente, ora comparada com outras intervenções (internet, CD-ROM e autoajuda). Encontrou-se como resultado que a TCC diminui os sintomas de compulsão alimentar e de purgação, além de oferecer ganhos secundários aos participantes, como melhora de sintomas depressivos, de ansiedade e até mudanças na personalidade. As outras intervenções pesquisadas obtiveram bons resultados na modificação dos sintomas, demonstrando que há um novo caminho a ser galgado com essas novas formas de tratamento.

Conclusão

O tratamento da bulimia nervosa possui evidências suficientes para que seja realizado com a terapia cognitivo-comportamental. Além dela, intervenções psicoterápicas inovadoras baseadas na TCC clássica apresentam bons indicativos de eficácia. Futuras pesquisas sobre essas diferentes intervenções são necessárias.

Palavras-Chave: Bulimia nervosa; terapia cognitiva; terapia comportamental

ABSTRACT

Objective

To review the literature about the use of cognitive-behavior therapy in bulimia nervosa treatment, between 2009 and 2013.

Methods

Three electronic databases were researched, and articles in English, Portuguese and Spanish were selected.

Results

After the analysis and exclusion of the articles, followed the PRISMA methods, were chosen 20 articles. Selected articles were produced in Europe or in United States of America, in English. The diagnosis of the sample ranged from only bulimia nervosa (60%) that included the people with binge eating disorders (35%), and mixed eating disorders diagnoses (5%). The researches were conducted mostly with women. The cognitive-behavior therapy in your classic form in office were used all of articles, sometimes used singly, sometimes used with other intervention (internet, CD-ROM, self-help). The cognitive behavior therapy decreases binge eating and purgation symptoms. It provides secondary benefits to participants like: decreases depressive and anxiety symptoms and change the participant's personality. The other interventions studied have been successful in modifying symptoms, demonstrating that there is a new way forward climbed with these news forms of treatment.

Conclusion

Treatment of bulimia nervosa have enough evidences to be performed with the cognitive-behavioral therapy. Beyond, innovative psychotherapeutic interventions based on classical CBT have good indicators of effectiveness. Future research on these different interventions are needed.

Key words: Bulimia nervosa; cognitive therapy; behavioral therapy

INTRODUÇÃO

A bulimia nervosa (BN) é o transtorno alimentar mais comum entre a população[1], estando presente de 1% a 4,2% da população. Em mulheres, a BN corresponde a 90% a 95% do total de casos, sendo o subgrupo de mulheres universitárias o mais atingido. A taxa de mortalidade nesse transtorno é de 0,3%[2].

Nessa psicopatologia há intensa compulsão alimentar, além de preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), levando os pacientes a utilizarem métodos compensatórios inapropriados para alcançar o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar-se baseando-se quase exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitos[3 - 5].

Para receber o diagnóstico, a pessoa deve apresentar: compulsão alimentar periódica, comportamentos compensatórios e cognições relacionadas com insatisfação com a imagem corporal. Diferentemente do ocorrido com outros transtornos, não houve muitas mudanças nos critérios diagnósticos da BN no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais V (DSM-V), em relação à versão anterior (DSM-IV). A redução das frequências da compulsão alimentar e dos comportamentos compensatórios de duas vezes por semana para uma vez por semana nos últimos três meses foi a única modificação encontrada na versão atual[6].

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é reconhecida como uma das psicoterapias mais eficientes no tratamento dos transtornos alimentares[7 - 9], sendo considerada o padrão-ouro de tratamento para a bulimia nervosa[10].

A alcunha "TCC" engloba vários tipos de terapias que utilizam bases teóricas e modelos clínicos da terapia cognitiva e da terapia comportamental, com protocolos estruturados, de caráter breve e focado nos sintomas[11]. Esses protocolos específicos para o tratamento de transtornos mentais foram criados abordando aspectos cognitivos e comportamentais que seriam os mantenedores do transtorno mental. Por mais que esses protocolos tragam diferenças nas técnicas aplicadas, todos eles mantêm as características próprias da TCC[12].

Uma tentativa de busca de artigos em português sobre o tratamento psicoterapêutico cognitivo-comportamental da BN revela a precariedade da literatura e a necessidade de produção e divulgação científica sobre esse tema. Justifica-se, dessa forma, o objetivo do presente estudo: revisar e analisar as publicações nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa sobre as intervenções em TCC utilizadas no tratamento da bulimia nervosa.

MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido a partir da busca de artigos nas bases de dados eletrônicas SciELO, PubMed e PsycInfo, utilizando como palavras-chave "CBT" X "bulimia nervosa". Foram considerados os artigos publicados nos últimos cinco anos até o dia 3 de novembro de 2013, escritos em língua inglesa, espanhola ou portuguesa. No total, foram encontrados 161 artigos.

Os artigos foram selecionados utilizando uma metodologia de revisão bem estruturada, baseada nos princípios do PRISMA (*Preference Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

Para a análise dos artigos, foram considerados alguns critérios de inclusão e de exclusão:

- – Critérios de inclusão: artigos que pesquisaram a intervenção em bulimia nervosa utilizando algum tipo de terapia cognitivo-comportamental.
- – Critérios de exclusão: foram excluídos artigos em que o foco não era o tratamento da bulimia nervosa com a terapia cognitivo-comportamental, bem

como artigos teóricos ou de revisão e artigos que não deixavam claro qual transtorno alimentar estava sendo tratado.

Seguindo os critérios acima, os artigos passavam pelos seguintes passos:

1. Leitura dos títulos dos artigos encontrados na busca.
2. Leitura dos resumos dos artigos selecionados pelo título, para verificar se eram relacionados ao objetivo.
3. Leitura crítica do artigo completo daqueles que preencheram todos os critérios de inclusão.
4. Busca, nas referências dos artigos selecionados, por novas bibliografias.

Após esses passos, consideraram-se 20 artigos, os quais foram selecionados como demonstrado na figura 1.

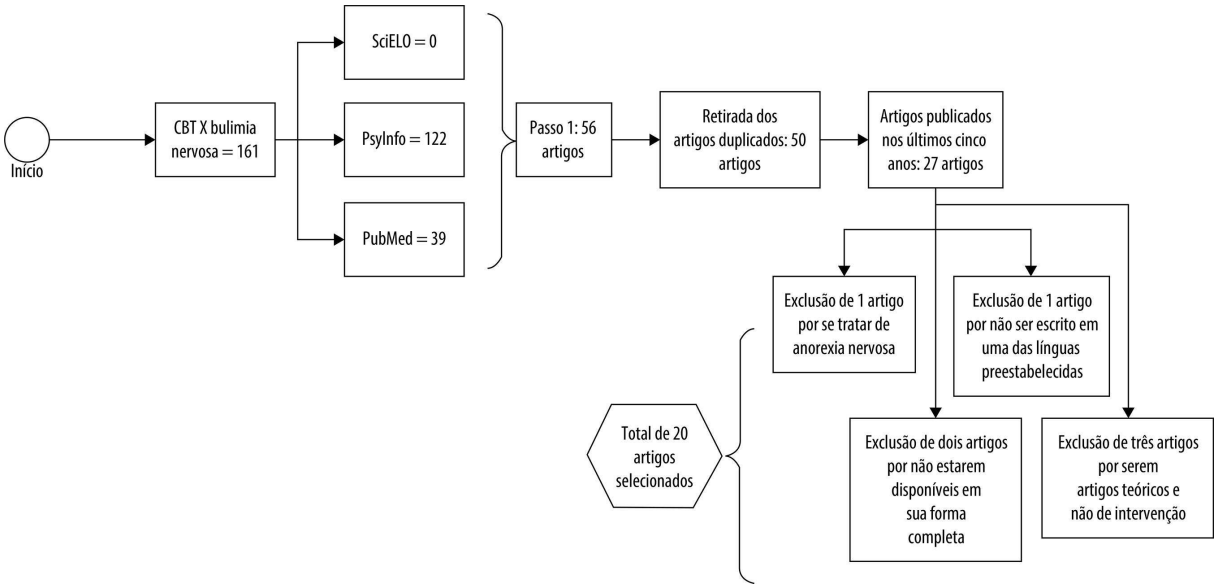


Figura 1 Seleção dos artigos.

RESULTADOS

Variáveis consideradas

Os 20 artigos selecionados (Tabela 1) foram avaliados seguindo algumas categorias de análise estabelecidas *a priori,* antes da leitura deles.

Tabela 1 Estudos selecionados com suas características e achados

Autores, ano e país	Medida primária de eficácia	Intervenção			Resultados
		Abordagem/psicofármacos	Seguimento (follow-up)	Grupo/individual/família	
Agüera *et al.* (2012)[13], Espanha	P < 0.0005 no EDI-2	22 sessões de TCC ocorridas semanalmente Sem informações sobre psicofármaco	Não houve	Grupo	Diminuição dos comportamentos de compulsão alimentar e psicopatologia de TA
Bulik *et al.*	Não relatado	16 sessões de 1h30 durante 20	Nos meses	Grupo	A TCC do tipo: CBT4BN

Autores, ano e país	Medida primária de eficácia	Intervenção			Resultados
		Abordagem/psicofármacos	Seguimento (follow-up)	Grupo/individual/família	
(2012)[10], EUA		semanas, sendo 12 sessões semanalmente e 4 quinzenalmente. Duas formas de intervenção: 1) CBT4BN (TCC na versão internet) e 2) CBTF2F (TCC em grupo face a face para BN. Medicação: Sim, porém não foi especificado quais	seguintes: 3, 6 e 12 após o fim do experimento		(internet) oferece aos participantes psicoterapia sem custos (tempo e financeiro) para deslocamento Porém, a pesquisa ainda estava em andamento
Crow *et al.* (2009)[26], EUA	Abstinência por um ano, acompanhado pelos resultados do EDE	20 sessões de TCC em 16 semanas, tanto face a face quanto por telemedicina	Após 1 ano	Individual	Telemedicina custa menos ($ 7030,40) que o face a face ($ 9324,68), com efetividade similar
Delinsky e Wilson (2010)[27], EUA	Resultados no EDE-Q	20 sessões de TCC e exposição ao espelho (em 4 sessões)	Não	Individual	Diminuição dos episódios de compulsão alimentar e de indução de vômito pelo EDE-Q. Sem alteração no IMC
Ertelt *et al.* (2011)[28], EUA	Não relatado	20 sessões de TCC por 16 semanas, tanto face a face como via telemedicina	Não	Individual	Os autores perceberam diferença na técnica utilizada entre telemedicina e face a face, sendo esta última com melhores avaliações dos pacientes. Os terapeutas também diferenciaram significativamente os objetivos atingidos na terapia, sendo a face a face mais positiva para este grupo. O mesmo ocorreu em relação ao vínculo. Enquanto os pacientes classificam os fatores terapêuticos como mais importantes do que os terapeutas fazem. Não perceberam diferença na utilização da técnica, nos objetivos atingidos nem no vínculo. Os pacientes aceitam melhor a terapia do tele do que os terapeutas
Graham e Walton (2011)[15], Reino Unido	Redução de sintomas (vômitos, dieta, compulsão alimentar)	40 sessões no total da equipe multidisciplinar, sendo 8 sessões realizadas com CD-ROM utilizando a abordagem TCC, 1 sessão por semana, totalizando 8 semanas, 51% utilizavam antidepressivos	2 semanas depois e 1 ano após o término (este último com somente 12 pessoas)	Individual	Diminuição significativa de vômitos e dietas. Houve melhoras clínicas no funcionamento, bem-estar e na escala de resolução de problemas. Porém, não é tão efetivo para pacientes com sintomas graves, medidos pelo EDI-3
Hardy e Thiels (2009)[21], Alemanha	Severidade e diminuição de sintomas de TA, utilizando o BITE, de depressão utilizando o BDI e aumento do autoconceito positivo no SCQ	Grupo 1; Autoguia (baseado em TCC) – 8 sessões no total, ocorrendo a cada 2 semanas (quinzenalmente) Grupo 2: TCC tradicional – 16 sessões, 1 vez por semana Nenhum paciente utilizava medicação. Uma paciente realizava psicoterapia psicodinâmica	3 e 6 meses após o término da intervenção	Individual	Os sujeitos em TCC melhoraram mais rápido que os do autoguia. Os dois grupos obtiveram melhoras dos sintomas. Os dois grupos obtiveram menores sintomas de depressão. Porém, somente no autoguia essa diferença foi significativa e continuando a diminuir os sintomas no pós-tratamento. Aparentemente, no autoguia as melhoras continuam mesmo após o tratamento
Haslam *et al.*	Comer compulsivo e	TCC tradicional para bulimia	Não houve	Individual	Diminuição de compulsão

Autores, ano e país	Medida primária de eficácia	Intervenção			Resultados
		Abordagem/psicofármacos	Seguimento (follow-up)	Grupo/individual/família	
(2011)[16], Reino Unido	purgação (vômito, laxantes)	nervosa			alimentar e da quantidade de vômitos, significante da sessão 1 para a sessão 6. Há forte associação entre a diminuição dos escores no EDE-Q e a diminuição do comer compulsivo. Mudança precoce de comportamento alimentar na TCC é um preditor de prognóstico positivo no tratamento de BN
Jones e Clausen (2013)[22], Dinamarca	Sintomas bulímicos (compulsão alimentar, vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, exercícios físicos extenuantes, restrição alimentar) e angústia em relação à BN (preocupação com a forma corporal, com o peso e com a alimentação)	Oito sessões de TCC baseadas no Manual de Toronto, semanais com 1h30 de duração, além de intervenção com fisioterapeuta para consciência corporal	Não	Grupo	Em todos os sintomas escolhidos (bulímicos e de angústia) foram encontradas diferenças significativas no pré e pós-tratamento, além de aumento significativo no IMC
Katzman *et al*. (2010)[17], Reino Unido	IMC, comer compulsivo, uso de laxantes/diuréticos e vômitos	A abordagem foi realizada de 3 formas. Grupo 1 (MET-I) recebeu 4 sessões individuais de MET (encontros motivacionais) + 8 sessões individuais de TCC. Grupo 2 (MET-G) recebeu 4 sessões individuais de MET + 8 sessões em grupo de TCC. Grupo 3 (CBT-G) recebeu 4 sessões individuais de TCC + 4 sessões em grupo de TCC. Alguns pacientes faziam uso de antidepressivo, mas esse dado não foi avaliado	Um ano e 2,5 anos após o término da intervenção	Individual e em grupo	Foi encontrado alto nível de comorbidade da BN com o uso de álcool e drogas ilícitas. Não houve diferença entre os grupos em relação ao abandono, à aderência e à manutenção do tratamento
Marrone *et al*. (2009)[29], EUA	Percentual de diminuição de comer compulsivo e de purgação (vômito, abuso de laxantes e abuso de diuréticos)	20 sessões individuais de TCC em 16 semanas em 2 grupos: face a face e telemedicina	3 meses e 1 ano após o tratamento	Individual	Os resultados sugerem que a diminuição do comer compulsivo, da purgação e da compulsão alimentar na semana 6 é preditor da resposta ao tratamento no*follow-up* tanto face a face como via telemedicina. No grupo de telemedicina a diminuição do comer compulsivo na semana 6 foi representativa para predizer a diminuição de sintomas no*follow-up*
McClay *et al*. (2013)[18], Reino Unido	Pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação à comida gravados em uma entrevista semiestruturada	Oito sessões de TCC pela internet e interativa, com o apoio de profissional não especialista em TCC e de *e-mails* semanais	Não houve	Individual	Os pacientes possuem sentimentos negativos em reação aos TA. Questões práticas (como tempo de viagem para a terapia e faltas ao trabalho) e a prontidão para a mudança foram apontadas como importantes para o tratamento*online*. Com a terapia *online*, passaram a entender melhor o TA. Sobre o método, afirmaram que a parte negativa foi o programa não ser específico para elas. O trabalho do

Autores, ano e país	Medida primária de eficácia	Intervenção			Resultados
		Abordagem/psicofármacos	Seguimento (follow-up)	Grupo/individual/família	
					profissional de apoio foi valorizado; ele foi responsável por aumentar a motivação, mesmo não sendo especialista em TA
McIntosh*et al*. (2011)[24], Nova Zelândia	Comer compulsivo, autoindução de vômito e purgação nas últimas 2 semanas	Oito sessões em 6 semanas de TCC individual para todos. E posteriormente divididas em 3 grupos (com 8 sessões em 6 semanas): RELAX, B-ERP (pré - compulsão) e P-ERP (pré-purgação). Com o mesmo terapeuta acompanhando todas as fases	Seis meses, 1, 2, 3, 4 e 5 anos após o término da intervenção	Individual	Os efeitos da B-ERP foram melhores que os das outras intervenções, mesmo sendo modestos. Ao fim, essas pacientes tiveram menor restrição alimentar e melhor funcionamento global, que desapareceu em 3 anos de seguimento. Após 5 anos, não houve diferença entre os três grupos de intervenção
Mitchell *et al*. (2011)[30], EUA	Frequência de compulsão alimentar e de comportamentos compensatórios (purgação) nos últimos 28 dias	Dois grupos: 1) TCC individual com 20 sessões em 18 semanas. 2) *Stepped Care* – (cuidados de autoajuda ajustados por etapas de intervenções de baixa intensidade) por 18 semanas. Nos dois tratamentos a fluoxetina foi adicionada quando após 6ª sessão não havia melhoras. Para os pacientes do grupo 2 que não alcançaram abstinência, foi adicionada a TCC posteriormente	Um ano após o término da intervenção	Individual	Não houve diferença entre os dois tratamentos em relação à indução da recuperação (compulsão e purgação nos últimos 28 dias) ou remissão. Após 1 ano de seguimento o grupo 2 (*Stepped Care*) foi superior à TCC
Peñas-Lledó *et al*(2013)[14], Espanha	Não relatado	Foi composta de 22 sessões em grupo (com 8 a 10 pacientes) de TCC por 1h30, durante 20 semanas. Sendo 2 vezes por semana, nas 2 primeiras semanas; as primeiras 6 sessões foram de psicoeducação e as restantes, de TCC	Não	Grupo (8 a 10 pessoas)	O abandono da terapia foi maior nos pacientes com BN do tipo depressiva do que nos pacientes de direcionamento puramente para emagrecimento
Pretorius*et al*. (2009)[19], Reino Unido	Diminuição do comer compulsivo, dos vômitos, do uso de laxantes e no escore global no EDE e medida do IMC	Todos os participantes: advindos das clínicas ou dos grupos de apoio (*beat*) receberam o mesmo tratamento. Oito sessões de TCC por internet. Cada sessão durando em média de 30 a 40 minutos. Livro de atividades: "*Anxiety Control Training* – ACT"; mensagens eletrônicas para os participantes e seus pais, atuando como boletins e possibilidade de contato por *e-mail* com um terapeuta experiente em TA	Três meses e 6 meses após o término da intervenção por telefone.	Individual (opcional) Família	As melhoras ocorreram no comer compulsivo, nos episódios de vômito e no escore geral do EDE e esses resultados se mantiveram no*follow-up* de 3 e 6 meses. A percepção dos usuários em relação ao programa foi positiva. Não houve diferença nos resultados de tratamentos entre os adolescentes oriundos das clínicas especializadas e os pacientes oriundos dos grupos de apoio
Ruwaard*et al*. (2013)[23], Holanda	Diminuição no escore no EDE-Q, da frequência do comer compulsivo e da purgação	Foram 3 grupos: Grupo 1: TCC pela internet, programa de 20 semanas; Grupo 2: biblioterapia; este grupo recebeu uma cópia do livro: "*Overcoming Bulimia and Binge Eating*", de Johan Vanderlinden, 2002, sem nenhum apoio de algum terapeuta; Grupo 3: lista de espera, por 20 semanas	1 ano após a intervenção	Individual	A diminuição dos escores no EDE e no BAT foi significativa no grupo 1, tanto no pós-tratamento quanto no *follow-up*. No grupo 2 a diminuição dos sintomas no EDE foi significativa no*follow-up*. Na fila de espera a diminuição de sintomas foi mínima tanto no EDE como no BAT. Os participantes do grupo 1 avaliaram positivamente a experiência e a indicariam a outra pessoa (94%)

Autores, ano e país	Medida primária de eficácia	Intervenção			Resultados
		Abordagem/psicofármacos	Seguimento (follow-up)	Grupo/individual/família	
Wagner *et al.* (2013)[25], Áustria	Diminuição do comer compulsivo e métodos de compensação (vômitos, uso de laxantes, jejuns e exercícios), chegando até a abstinência no follow-up	Foram em 2 grupos. Grupo 1: guia de TCC pela internet, como autoajuda, com suporte de e-mail semanal durante 16 a 28 semanas; Grupo 2: biblioterapia convencional, sendo utilizado o livro "Getting Better Bit(e) by Bit(e)", que é um manual de autoajuda baseado em TCC, com 7 capítulos, com suporte por e-mail semanal, durante 28 semanas	Um ano e 6 meses (18 meses) após o término da intervenção	Individual	Nos 2 grupos houve diminuição da purgação e do comer compulsivo, durante e após o tratamento. Não houve diferença significativa entre eles
Waller *et al.*(2013)20, Reino Unido	Não relatado	TCC durante 20 sessões de 1 hora semanal. Somente 9 pacientes estavam medicadas com antidepressivos	Três semanas após o término da intervenção	Individual	Aproximadamente, 56% dos pacientes ficaram abstinentes tanto da compulsão alimentar como da purgação ao final do tratamento. Houve melhoras significativas no humor, atitudes e comportamentos alimentares. A desistência do tratamento foi baixa (10,3%)
Wonderlich*et al.*(2013)31, EUA	Frequência de comer compulsivo e de purgação, severidade da desordem da alimentação global	Foram 2 grupos: Grupo 1: terapia integrativa cognitivo-afetiva (ICAT), que é uma terapia em 4 fases que enfatiza a promoção e a exposição ao comer adaptativo. Grupo 2: TCC para BN, também dividida em 4 estágios. Ambas em 21 sessões de 50 minutos por 19 semanas	4 meses	Individual	Os 2 tratamentos (ICAT e TCC) obtiveram significante diminuição dos sintomas de BN, na dissonância cognitiva, na regulação emocional e nos sintomas das comorbidades, não se diferenciando

Foram consideradas 12 categorias de análise: o local onde o estudo foi realizado, o ano de publicação, o tipo de transtorno alimentar, a medida primária de eficácia, a metodologia utilizada, os instrumentos de medida utilizados, se houve seguimento da amostra e quais as comorbidades pesquisadas. Em relação à população, foram pontuados: o grupo etário participante da pesquisa e o gênero dos participantes. Em relação às intervenções, foram levantadas informações sobre: a abordagem psicoterápica adotada e o tipo de intervenção (grupo, individual, família), além do uso ou não de medicamento psiquiátrico.

A maioria dos estudos – 70% (n = 12) – foi realizada na Europa[13 - 25], principalmente no Reino Unido, com 50% deles (n = 6). Os Estados Unidos da América (EUA) também obtiveram alta representatividade, com 35% (n = 7) dos estudos[10 , 26 - 31]. Somente um estudo ocorreu fora do eixo Europa-Estados Unidos, tendo sido realizado na Oceania, especificamente na Nova Zelândia[24]. No ano de 2013, observou-se o maior número de publicações (n = 7), contabilizando 35% dos artigos (Tabela 1).

Em relação aos participantes das amostras, em nove estudos (45%) houve inclusão de homens na amostra[15 ,16 , 19 , 23 , 26 , 28 - 31]. Porém, quando incluídos, os homens chegavam a ser no máximo 10% da amostra[31], e em alguns trabalhos não chegaram a 2% da amostra[23 , 26 , 28].

Os estudos foram conduzidos principalmente com adultos (14 estudos, 70%)[10 , 13 , 14 , 16 - 18 , 20 , 21 , 26 - 31]. Os estudos conduzidos com adolescentes foram, em sua maioria, mistos, com a presença também de adultos em sua amostra[15 , 19 , 22 - 25]. Somente um dos artigos declarou a sua amostra como composta exclusivamente por adolescentes, mesmo assim considerando a idade entre 10 e 24 anos[19].

Todos os estudos selecionados foram realizados com pessoas diagnosticadas com bulimia nervosa. Em 40% dos casos, houve também a inclusão de pessoas com outros transtornos, como os transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) e o

transtorno da compulsão alimentar periódica (*binge eating disorder* – BED)[15 ,17 - 20 , 25 , 26 , 28].

A TCC tradicional, baseada no Manual de Fairburn[8 , 32 , 33] ou em adaptações dele, foi utilizada em 75% dos estudos selecionados (n = 15)[13 - 17 , 20 - 22 , 24 , 26 - 31]. A TCC demonstrou ter bons resultados no tratamento de bulimia nervosa, havendo redução de sintomas de compulsão alimentar, dos comportamentos de purgação e da insatisfação com a imagem corporal. Porém, um ensaio clínico conduzido por Graham e Walton, realizado com equipe multidisciplinar em amostra de 66 pessoas, ressaltou que os pacientes com sintomas graves de BN não obtiveram melhoras significativas com a intervenção cognitivo-comportamental[15].

Dois estudos, além de confirmarem a eficiência da TCC na BN, demonstraram que a diminuição da compulsão alimentar e da purgação agem como preditores de sucesso da terapia. Quando a intervenção é realizada pela internet, há diminuição da compulsão alimentar e da purgação até a sexta sessão e quando a intervenção é realizada face a face a diminuição desses comportamentos devem ocorrer até a oitava sessão, assim a terapia obterá sucesso[16 , 29].

Em pesquisa realizada na Inglaterra entre 1997 e 2002, Katzman *et al.* estudaram outras intervenções complementares à TCC, introduzindo um tipo de terapia motivacional (*Motivational Enhancement Therapy* – MET) na intervenção em conjunto com a TCC. Entretanto, essa mudança não resultou em diferenças significativas nos sintomas da amostra em comparação com o grupo que recebeu somente TCC[17]. Em pesquisa realizada na Nova Zelândia, foi introduzido o tratamento de prevenção de respostas (tanto para a purgação como para a compulsão alimentar), além da TCC individual. O grupo tratado também com tratamento de prevenção a respostas à compulsão alimentar (B-ERP) obteve resposta significativamente maior do que o tratado somente com TCC, porém essa diferença desapareceu durante o seguimento por cinco anos[24].

Além da psicoterapia em formato tradicional, de consultório, também foram pesquisadas as intervenções autoguiadas (internet, CD-ROM, livros, mensagens de texto pelo celular), relaxamento corporal, orientações para o autocuidado, terapia do tipo integrativa cognitivo-afetiva, terapia motivacional, sempre utilizando os princípios da TCC como base. Em ensaio clínico randomizado, realizado em duas clínicas americanas com 80 pessoas, comparou-se um tipo de terapia integrativa (*Integrative Cognitive-Affective Therapy* – ICAT) com a TCC, e as duas terapias se mostraram igualmente efetivas[31].

Nos Estados Unidos, Mitchell *et al.* realizaram um ensaio clínico randomizado, multicêntrico, comparando 20 sessões de TCC individual com o *Stepped Care* (Programa de Cuidados de Autoajuda). Esta última intervenção foi significantemente superior à TCC, permanecendo essa diferença no seguimento após um ano. Tal resultado levantou questões sobre a possibilidade de outros tratamentos de base cognitivo-comportamental serem tão ou mais eficazes que a TCC tradicional no tratamento da BN[30].

A biblioterapia, quando comparada com a TCC, possui bons resultados nos sintomas registrados pelo EDE (*Eating Disorder Examination*), porém observou-se menor abstinência de compulsão alimentar quando comparada à TCC *online*. No seguimento de um ano, percebeu-se que a TCC manteve a diminuição da compulsão alimentar e dos sintomas de insatisfação com o corpo, enquanto a biblioterapia manteve os resultados em relação à compulsão alimentar, mas não em relação à diminuição da insatisfação com o corpo[23]. Por outro lado, em estudo austríaco publicado no mesmo ano, quando comparada à TCC, os resultados da biblioterapia não se diferenciam entre os grupos, mesmo com seguimento de 18 meses[25].

Os estudos que utilizam a internet e a TCC chegaram a 30% (n = 6) da amostra[10 , 18 , 19 , 23 , 25 , 29], caracterizando-se como a segunda intervenção mais comum nos artigos selecionados, ficando atrás somente da TCC utilizada de forma clássica. Dados sobre o tempo de duração da terapia, seguimento, medida primária de eficácia e principais resultados estão descritos na tabela 1.

Ganhos secundários com a TCC foram constatados nos pacientes com BN em dois estudos. O ensaio clínico conduzido por Agüera *et al.* na Espanha, em 2012, chamou atenção para as mudanças de personalidade que ocorreram nos pacientes de BN tratados com a TCC. Foram percebidas mudanças nas dimensões da personalidade como: diminuição da esquiva ao dano e da autotranscedência e aumento do autodirecionamento e dependência de recompensa[13]. Em outro estudo, realizado em um ambulatório de psicologia do serviço público inglês, um ensaio clínico realizado com 78 mulheres produziu melhora de sintomas depressivos[20]. Nos Estados Unidos, em ensaio clínico randomizado conduzido em duas clínicas, observaram-se diminuição da dissonância cognitiva e melhora na regulação emocional[16].

As comorbidades foram estudadas em 40% dos estudos (n = 8)[17 , 20 , 21 , 23 , 24 , 27 , 30 , 31], sendo a depressão, pesquisada em seis artigos[20 , 21 , 24 , 27 , 30 , 31], a mais frequente. A pesquisa espanhola conduzida por Penãs-Lledó *et al.* sugere que, quando a depressão está presente na BN, a taxa de abandono do tratamento é maior, chegando a 60,5%, enquanto nos pacientes com BN do tipo "dirigido à magreza" sem depressão essa taxa baixa para 18,5%[14]. Em outro estudo, conduzido na Inglaterra, pesquisou-se a comorbidade da BN com uso e abuso de álcool em mulheres, resultando em até 51,5% dos pesquisados com relação positiva entre BN e álcool; com outras drogas essa relação foi de 42,1%[17]. A anorexia nervosa foi estudada como comorbidade da bulimia nervosa em apenas um estudo, observando que até 27% dos participantes possuíam histórico de anorexia nervosa[30].

A maioria dos artigos (75%, n = 14) não abordou em sua descrição se os participantes da amostra estavam fazendo uso de psicofármacos ou não[13 , 14 , 16 , 18 , 19 , 22 - 29 , 31]. Somente 25% dos estudos afirmaram que os participantes estavam em uso de medicamento psiquiátrico, principalmente antidepressivos[15 , 17 , 20 , 30].

DISCUSSÃO

O presente artigo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o tratamento psicoterápico em bulimia nervosa na perspectiva da TCC. Na revisão, ratificou-se a TCC como o tratamento padrão-ouro para a bulimia nervosa nos vários centros de pesquisa e atendimento do mundo, chamando atenção a utilização da internet como meio de tratamento e a necessidade de mais estudos com a população masculina e com adolescentes, além da escassa produção de artigos brasileiros na área.

Nas pesquisas em que houve a tentativa da inclusão do gênero masculino, a quantidade de participantes não foi expressiva. Melin e Araújo, em 2002, afirmaram que a exclusão de homens das pesquisas é um dos fatores que possivelmente dificulta o maior entendimento do prognóstico da doença nessa população. Os homens, diferentemente do que se observa em mulheres, costumam relatar que a necessidade da perda de peso decorre de uma doença prévia ou de casos de doenças ligadas à obesidade na família[34]. Esses sintomas acabam por confundir especialistas em transtornos alimentares, pois não enfatizam a insatisfação com a imagem corporal, principalmente o medo mórbido de engordar.

Os adolescentes foram também pouco explorados nos estudos revisados; em alguns artigos houve a junção de adolescentes com adultos na amostra. Os *guidelines* atuais para o tratamento da BN indicam a TCC como padrão-ouro no tratamento de adultos com BN, porém são necessários mais estudos para se estabelecer a TCC como o tratamento-padrão para adolescentes. Apesar disso, é recomendável que os adolescentes sejam tratados com a TCC[35 - 37].

Em grande parte dos estudos selecionados, a TCC clássica baseada no modelo de Fairburn foi comparada a outras formas de intervenção, e essas novas intervenções eram, em sua maioria, baseadas na estrutura da TCC clássica. Possivelmente, a TCC clássica foi mantida como base de novas abordagens por sua capacidade de reduzir os

sintomas de compulsão alimentar e comportamentos purgativos, sendo avaliada com sucesso em diferentes ensaios clínicos[32 , 33 , 38 - 40].

O principal resultado propiciado pela TCC no tratamento da BN foi a diminuição dos comportamentos de compulsão alimentar e de comportamentos de purgação, que são os principais sintomas de BN. A TCC possui como característica justamente diminuir esses sintomas, além de prover mudanças na insatisfação corporal e sintomas depressivos[9 , 32 , 37 , 38 , 41].

Porém, os dados trouxeram à tona a utilização de outras abordagens no tratamento da BN, com resultados muito bons e alguns até superiores aos da TCC tradicional, como o método *Stepped Care* (programa em que cuidados de autoajuda são inseridos no tratamento), utilizado no trabalho conduzido em quatro centros de tratamento nos Estados Unidos. No final do processo, os pacientes tratados com o *Stepped Care* tiveram os mesmos resultados que os tratados com a TCC, porém, após um ano de seguimento, esse grupo obteve maior melhora em relação à diminuição dos episódios de compulsão alimentar e de purgação[30].

A intervenção psicoterápica realizada pela internet, encontrada em aproximadamente um terço dos estudos selecionados, demonstra a necessidade dos terapeutas em se aproximarem das possibilidades ofertadas pela tecnologia. A telemedicina possuiu resultados positivos quanto à efetividade no tratamento da BN, além de pontos positivos intrínsecos à modalidade, como: diminuição do deslocamento (ganho econômico e de tempo), diminuição das filas de espera e menor exposição do indivíduo por não necessitar frequentar um centro de saúde mental[18 , 19].

Os resultados encontrados nesta revisão corroboram os estudos anteriores realizados na área de TCC e bulimia nervosa. Como a utilização da TCC é recomendada pelos guias internacionais, como o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e a *American Psychiatric Association* (APA), para o tratamento da BN, há uma efervescência de artigos científicos nessa área[35 , 36].

O estudo realizado possui alguns pontos a serem melhorados. A revisão da literatura foi realizada somente com estudos dos últimos cinco anos. Uma revisão que abarcasse um período de tempo maior poderia ter incluído estudos mais antigos com dados importantes. Para minimizar esse efeito, os estudos clássicos foram alocados na introdução e na discussão, quando possível. Uma das palavras utilizadas para a busca por artigos foi a sigla de *cognitive behavioral therapy* (CBT). Essa estratégia tinha como objetivo buscar artigos que considerassem a TCC como um meio de intervenção, porém, em decorrência disso, há a probabilidade de exclusão de artigos com intervenção estritamente comportamentais ou cognitivas. Outro ponto a ser considerado foi a inclusão de ensaios clínicos não randomizados e a não realização de revisão sistemática sobre o tema. Essa escolha deveu-se à necessidade observada na literatura de um artigo que trouxesse também estudos inovadores ainda não realizados de forma randomizada.

Com base nos resultados encontrados, percebe-se que a TCC é eficaz para os principais sintomas de bulimia nervosa (compulsão alimentar e purgação), além de auxiliar na diminuição de insatisfação corporal e de sintomas depressivos. Outro ponto a ser considerado foi o número de estudos em que a intervenção psicoterápica foi realizada fora do consultório, valendo-se da internet, de CD-ROM e de livros, com resultados positivos na diminuição dos sintomas de BN. Esse achado demonstra a necessidade de maior oferta de tratamentos alternativos à TCC tradicional, pois isso reduziria custos da intervenção, podendo aumentar o seu alcance. Outra necessidade observada foi a da realização de mais estudos com os públicos adolescente e masculino.

CONCLUSÕES

As evidências da utilização da TCC em adolescentes com bulimia nervosa ainda soam incipientes, sendo necessários novos estudos. Aparentemente, os adolescentes também

se beneficiam do tratamento realizado com a TCC, sendo assim, pode-se sugerir que sejam tratados como os adultos.

Os homens com transtornos alimentares são tratados com os mesmos instrumentos e com as mesmas práticas psicoterápicas que as mulheres. Provavelmente, dessa forma, há homens que não são acompanhados por profissionais e continuam a sofrer silenciosamente com o transtorno. Novas formas de identificação e tratamento de pacientes masculinos com transtornos alimentares precisam ser pesquisadas.

O tratamento da bulimia nervosa possui evidências suficientes para que seja realizado com a terapia cognitivo-comportamental. Além dela, intervenções psicoterápicas inovadoras baseadas na TCC clássica apresentam bons indicativos de eficácia. Futuras pesquisas sobre essas diferentes intervenções são necessárias.

REFERÊNCIAS

Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. J Psychiatr Res. 2009;43(14):1125-32. [Links]

Yager J, Powers PS. Manual clínico de transtornos alimentares. Porto Alegre: Artmed; 2010. 496p. [Links]

Saúde OMd. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete, vol. 1. São Paulo: Edusp; 1994. [Links]

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed; 2002. [Links]

Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(Supl 3):7-12. [Links]

Hiller A. Eating Disorders Fact Sheet.pdf: American Psychiatric Association; 2014 [updated 5/15/2013; cited 2014 03/08]. Available in: http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf. [Links]

Bacaltchuk J, Hay P. Treatment of bulimia nervosa: a synthesis of evidence. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(3):184-7. [Links]

Fairburn CG, Brownell KD, eds. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. New York: Guilford Press; 2002. [Links]

Oliveira LL, Deiro CP. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. Rev Bras Ter Comport Cogn. 2013;15(1):36-49. [Links]

Bulik CM, Marcus MD, Zerwas S, Levine MD, Hofmeier S, Trace SE, et al. CBT4BN versus CBTF2F: comparison of online versus face-to-face treatment for bulimia nervosa. Contemp Clin Trials. 2012;33(5):1056-64. [Links]

Knapp P. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2004. [Links]

Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Cognit Ther Res. 2012;36(5):427-40. [Links]

Agüera Z, Krug I, Sánchez I, Granero R, Penelo E, Peñas-Lledó E, et al. Personality changes in bulimia nervosa after a cognitive behaviour therapy. Eur Eat Disord Rev. 2012;20(5):379-85. [Links]

Peñas-Lledó E, Agüera Z, Sánchez I, Gunnard K, Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F. Differences in cognitive behavioral therapy dropout rates between bulimia nervosa subtypes based on drive for thinness and depression. Psychother Psychosom. 2013;82(2):125-6. [Links]

Graham L, Walton M. Investigating the use of CD-ROM CBT for bulimia nervosa and binge eating disorder in an NHS adult outpatient eating disorders service. United Kingdom: Cambridge University Press; 2011. p. 443-56. [Links]

Haslam M, Meyer C, Waller G. Do eating attitudes predict early change in eating behaviors among women with bulimic disorders who are treated with cognitive behavioral therapy? Int J Eat Disord. 2011;44(8):741-4. [Links]

Katzman MA, Bara-Carril N, Rabe-Hesketh S, Schmidt U, Troop N, Treasure J. A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in Phase 1 followed by group versus individual CBT in Phase 2. Psychosom Med. 2010;72(7):656-63. [Links]

McClay C-A, Waters L, McHale C, Schmidt U, Williams C. Online cognitive behavioral therapy for bulimic type disorders, delivered in the community by a nonclinician: qualitative study. J Med Internet Res. 2013;15(3):e46. [Links]

Pretorius N, Arcelus J, Beecham J, Dawson H, Doherty F, Eisler I, et al. Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimic symptomatology: the acceptability and effectiveness of internet-based delivery. Behav Res Ther. 2009;47(9):729-36. [Links]

Waller G, Gray E, Hinrichsen H, Mountford V, Lawson R, Patient E. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: effectiveness in clinical settings. Int J Eat Disord. 2014;47(1):13-7. [Links]

Hardy SA, Thiels C. Using latent growth curve modeling in clinical treatment research: an example comparing guided self-change and cognitive behavioral therapy treatments for bulimia nervosa. Int J Clin Health Psychol. 2009;9(1):51-71. [Links]

Jones A, Clausen L. The efficacy of a brief group CBT program in treating patients diagnosed with bulimia nervosa: a brief report. Int J Eat Disord. 2013;46(6):560-2. [Links]

Ruwaard J, Lange A, Broeksteeg J, Renteria-Agirre A, Schrieken B, Dolan CV, et al. Online cognitive-behavioural treatment of bulimic symptoms: a randomized controlled trial. Clin Psychol Psychother. 2013;20(4):308-18. [Links]

McIntosh VVW, Carter FA, Bulik CM, Frampton CMA, Joyce PR. Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. Psychol Med. 2011;41(5):1061-71. [Links]

Wagner G, Penelo E, Wanner C, Gwinner P, Trofaier ML, Imgart H, et al. Internet-delivered cognitive-behavioural therapy v. conventional guided self-help for bulimia nervosa: long-term evaluation of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2013;202:135-41. [Links]

Crow SJ, Mitchell JE, Crosby RD, Swanson SA, Wonderlich S, Lancanster K. The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. Behav Res Ther. 2009;47(6):451-3. [Links]

Delinsky SS, Wilson GT. Cognitive behavior therapy with body image exposure for bulimia nervosa: a case example. Cogn Behav Pract. 2010;17(3):270-7. [Links]

Ertelt TW, Crosby RD, Marino JM, Mitchell JE, Lancaster K, Crow SJ. Therapeutic factors affecting the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa via telemedicine versus face-to-face delivery. Int J Eat Disord. 2011;44(8):687-91. [Links]

Marrone S, Mitchell JE, Crosby R, Wonderlich S, Jollie-Trottier T. Predictors of response to cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. Int J Eat Disord. 2009;42(3):222-7. [Links]

Mitchell JE, Agras S, Crow S, Halmi K, Fairburn CG, Bryson S, et al. Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial. Br J Psychiatry. 2011;198(5):391-7. [Links]

Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, Smith TL, Klein MH, Mitchell JE, et al. A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. Psychol Med. 2014;44(3):543-53. [Links]

Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press; 2008. [Links]

Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. Behav Res Ther. 2003;41(5):509-28. [Links]

Melin P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(Supl 3):73-6. [Links]

NICE Clinical Guidelines; National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. Leicester, UK: British Psychological Society (UK); 2004. p. 261. [Links]

American Psychiatric Association (APA). Treatments of patients with eating disorders. 3rd ed. Psychiatry Online; 2010. [Links]

Schmidt U. Cognitive behavioral approaches in adolescent anorexia and bulimia nervosa. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009;18(1):147-58. [Links]

Duchesne M, Almeida PEM. Cognitive-behavioural therapy of eating disorders. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24:49-53. [Links]

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Grave RD. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. Behav Res Ther. 2013;51(1):R2-8. [Links]

Anderson DA, Maloney KC. The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. Clin Psychol Rev. 2001;21(7):971-88. [Links]

Almeida PEM, Guedes ML, Rossi AC, Tolosa B, Rodrigues B, Tchalekian B, et al. Comportamento alimentar e transtorno alimentar: uma discussão de variáveis determinantes da anorexia e da bulimia Rev Bras Ter Comp Cogn. 2014;XVI(1):21-9. [Links]

Recebido: 10 de Dezembro de 2014; Aceito: 13 de Abril de 2015

Endereço para correspondência: Tatiana A. Bertulino. Universidade Federal de Pernambuco. Rua Ildefonso Araújo do Rego, 72, Várzea. 50810-210 – Recife, PE, Brasil. E-mail: tatiana_bertulino@yahoo.com.br

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Tatiana A. Bertulino da Silva – Contribuiu na concepção do estudo, coleta dos dados, confecção do manuscrito, analisando e interpretando os dados, além de revisar e aprovar a versão final do manuscrito.

Thiago Pacheco de Almeida Sampaio – Contribuiu na concepção do estudo e confecção do manuscrito, analisando e interpretando os dados, revisando criticamente a aprovando a versão final do manuscrito.

Flávia Maria de Nassar de Vasconcelos, **Rosana Christine Cavalcanti Ximenes** e **Everton Botelho Sougey** – Contribuíram na concepção do estudo, interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores Everton Botelho Sougey, Flávia Maria Nassar de Vasconcelos, Rosana Christine Cavalcanti Ximenes, Tatiana Araújo Bertulino da Silva e Thiago Pacheco de Almeida Sampaio declaram não possuir conflitos de interesse.

APÊNDICE B

Questionário Biodemográfico

1. Qual a sua idade?

( ) 10 ( ) 11 ( ) 12 ( ) 13 ( ) 14 ( ) 15 ( ) 16 ( )17 ( )18 ( )19

2. Sexo?

( ) Masculino ( ) Feminino

3. Você tem irmãos? ( )Sim ( ) Não

Se **NÃO** passe para o item 5;

Se SIM;

4. Que lugar você ocupa com relação aos irmãos?

( ) É o (a) filho (a) caçula ( ) É o (a) mais velho (a) ( ) É intermediário (do meio)

5. Até que série seu responsável estudou?

( ) Analfabeto (Nunca foi à escola)/ Fundamental incompleto (estudou até a 3ª série).

( ) Fundamental 1 completo (estudou até a 4ª série)/ Fundamental 2 incompleto

( ) Ensino fundamental 2 completo (estudou até a 8ª série)./ Médio incompleto

( ) Nível médio completo./ Superior incompleto

( ) Ensino superior completo (faculdade).

6. Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas

7. Quantos cômodos tem na sua casa? _____ cômodos.

8. Sobre a sua casa:

Itens em sua casa	**Não tem**	**TEM (quantidade)**			
		1	**2**	**3**	**4 ou +**
Banheiros					
Empregados domésticos					
Automóveis					
Microcomputador					
Lava louça					
Geladeira					
Freezer					

Lava roupa					
DVD					
Microondas					
Motocicleta					
Secadora de roupas					

Serviços públicos?

Tem água encanada? ( ) Não ( ) Sim

Rua pavimentada? ( ) Não ( ) Sim

APÊNDICE C - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento
TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) - Para menores de 18 anos - Resolução 466/12,

Convidamos você, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntária da pesquisa: Avaliação dos comportamentos alimentares anormais em uma coorte de adolescentes. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora: Tatiana Araújo Bertulino da Silva – CRP: 02/14257, Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife PE. CEP: 50670-901. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.. Telefone: (81) 8776-1236 e (81) 9753-3990. Sob a orientação do Prof. Dr. Everton Botelho Sougey. Telefone: (81) 2126-8539, e-mail evertonbs@yahoo.com. Também participa também desta pesquisa a pesquisadora: Prof.ª Dr.ª Rosana Christine Cavalcanti Ximenes. Telefone: (81) 3523-0670.

Este documento se chama Termo de Assentimento e pode conter algumas palavras que você não entenda. Se tiver alguma dúvida, pode perguntar à pessoa a quem está lhe entrevistando, para compreender tudo o que vai acontecer. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Após ler as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema se desistir, é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Queremos saber a diferença entre a intervenção com psicoterapia cognitivo comportamental e um programa de educação em transtornos alimentares (psicoeducação) em adolescentes com bulimia nervosa (com problemas na alimentação). As adolescentes que participarão dessa pesquisa têm de 13 a 17 anos de idade. A pesquisa será feita na Av. Prof. Morais Rego, 1235. Cidade Universitária – Recife, no Departamento de Neuropsiquiatria. Onde as adolescentes participarão de encontros semanais em grupo utilizando uma das intervenções escolhidas (terapia cognitiva comportamental e psicoeducação). Para isso, será usado questionários, entrevistas estruturadas, espelho, balança e fita métrica. O uso destes questionários e entrevistas, assim como da balança, do espelho e da fita métrica são considerados seguros, mas é possível ocorrer constrangimento em se expressão em grupo ou com a pesquisadora. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones informados acima. Mas há coisas boas que podem acontecer como ter um tratamento com psicóloga sem nenhum custo para você, obtendo melhoras nas dificuldades que você possa estar tendo com a bulimia nervosa.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos fornecer. Os resultados da pesquisa serão publicados apenas em eventos ou publicações científica, mas sem identificar as adolescentes que participaram da pesquisa. Todos os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão guardados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

Nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____

Assinatura da pesquisadora

ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo Avaliação dos comportamentos alimentares anormais em uma coorte de adolescentes, como voluntária. Fui informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data _____

Assinatura da adolescente: _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da voluntária em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Termo de consentimento livre e esclarecido

Solicitamos a sua autorização para convidar sua filha (ou a menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntária da pesquisa: Avaliação dos comportamentos alimentares anormais em uma coorte de adolescentes. Para que a adolescente participe desta pesquisa, precisamos que o (a) senhor (a) concorde e assine este termo. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora: Tatiana Araújo Bertulino da Silva – CRP: 02/14257. Psicóloga. Caso você tenha qualquer dúvida pode encontra-la no endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife PE. CEP: 50670-901. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento e nos telefones: (81) 8776-1236 e (81) 9753-3990. Ela realiza esta pesquisa com a orientação do Prof. Dr. Everton Botelho Sougey. Telefone: (81) 2126-8539, e-mail evertonbs@yahoo.com. Também participa também desta pesquisa a pesquisadora: Prof.ª Dr.ª Rosana Christine Cavalcanti Ximenes. Telefone: (81) 3523-0670.

Este documento se chama Termo de Consentimento e pode conter algumas palavras que você não entenda. Se tiver alguma dúvida, pode perguntar à pessoa a quem está lhe entrevistando, para compreender tudo o que vai acontecer. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido sobre qualquer aspecto que desejar e poderá concordar ou recusar a participação da adolescente na pesquisa. Após ler as informações a seguir e aceite a participação da adolescente, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema e você pode retirar o seu consentimento a qualquer momento.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Queremos saber a diferença entre a intervenção com psicoterapia cognitivo comportamental e um programa de educação em transtornos alimentares (psicoeducação) em adolescentes com bulimia nervosa (com problemas na alimentação). As adolescentes que participarão dessa pesquisa têm de 13 a 17 anos de idade. A pesquisa será feita na Av. Prof. Morais Rego, 1235. Cidade Universitária – Recife, no Departamento de Neuropsiquiatria. Onde as adolescentes participarão de encontros semanais em grupo utilizando uma das intervenções escolhidas (terapia cognitiva comportamental e psicoeducação). Para isso, serão usado questionários, entrevistas, espelho, balança e fita métrica. O uso destes questionários e entrevistas, assim como da balança, espelho e a fita métrica são considerados seguros, mas é possível ocorrer constrangimento por fazermos uso com a pesquisadora. Serão feitas perguntas sobre a alimentação da adolescente e economia familiar. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones informados acima. Mas há coisas boas que podem acontecer como ter um tratamento com psicóloga sem nenhum custo para você, obtendo melhoras nas dificuldades que você possa estar tendo com a bulimia nervosa.

Ninguém saberá que a adolescente está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que as adolescentes. Os resultados da pesquisa serão publicados apenas em eventos ou publicações científica, mas sem identificar as adolescentes que participaram da pesquisa. Todos os dados coletados nesta

pesquisa (entrevistas) ficarão guardados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

Nem as adolescentes e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____

Assinatura da pesquisadora

ASSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo que a adolescente acima nomeada participe do estudo Avaliação dos comportamentos alimentares anormais em uma coorte de adolescentes, como voluntária. Fui informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a sua participação. Foi-me garantido que ela pode desistira qualquer momento, sem que ela ou eu precisemos pagar nada.

Local e data _____

Assinatura do responsável: _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da voluntária em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Apêndice E

Sessões de Terapia Cognitivo – Comportamental em Grupo

- **Encontro 1 – Sessão 0**

  Objetivo: Apresentação do grupo; 1ª coleta de medidas, criação da primeira formulação (individual).

  Momentos:

  - Facilitação da integração entre participantes as participantes do grupo;
  - Conversa individual para conceituação do caso;
  - Aplicação dos questionários (biodemográfico, BITE, BSQ) e medida da altura e peso corporal;
  - Lanche

- **Encontro 2 – Sessão 1**

  Objetivos: Construção do contrato terapêutico; Engajamento para a mudança, psicoeducação do modelo cognitivo; importância das tarefas de casa.

  Momentos:

  - Batismo do grupo e construção das normas;
  - Psicoeducação do modelo cognitivo (materiais lúdicos);
  - Psicoeducação das mudanças de peso;
  - Importância das tarefas de casa;
  - Relaxamento;
  - Lanche

- **Encontro 3 -Sessão 2**

  Objetivos: Revisão do modelo de funcionamento do grupo; Revisão das tarefas de casa; Psicoeducação do automonitoramento da alimentação; Pesagem,

  Momentos:

- Pesagem;
- Revisão das normas do grupo;
- Revisão da tarefa de casa (auto-monitoramento das emoções);
- Modelo Cognitivo e a Alimentação (materiais lúdicos);
- Tarefa de casa: Auto-monitoramento da alimentação, pensamentos e sentimentos);
- Lanche

- **Encontro 4 – Sessão 3**

  Objetivos: Pesagem; Revisão da tarefa de casa; Alterações no peso; Discussão sobre os problemas alimentares

  Momentos:

  - Pesagem
  - Revisão da tarefa de casa;
  - Construção e discussão do gráfico de peso;
  - Discussão sobre os problemas alimentares (uso de materiais lúdicos);
  - Tarefa de casa: Auto monitoramento da alimentação;
  - Lanche

- **Encontro 5 – Sessão 4**

  Objetivos: Revisão da tarefa de casa, pesagem; Discussão sobre alimentação regular; Reaplicação das Escalas

  Momentos:

  - Pesagem
  - Revisão da Tarefa de casa
  - Discussão sobre o que é uma alimentação regular? (uso de materiais lúdicos)
  - Quais são os maiores mitos sobre a alimentação?
  - Quais os efeitos da bulimia nervosa no corpo humano
  - Tarefa de casa: Identificação dos mitos alimentares durante a semana

- Reaplicação das Escalas (BITE, BSQ)
- Lanche

- **Encontro 6 – Sessão 5**

  Objetivos: Pesagem, Revisão da Tarefa de Casa; Discussão sobre alimentação regular.

  Momentos:

  - Pesagem;
  - Revisão da tarefa de casa;
  - Como a alimentação regular diminui a compulsão alimentar?
  - Tarefa de casa: Construção da agenda alimentar
  - Lanche

- **Encontro 7 – Sessão 6**

  Objetivos: Pesagem, discussão sobre alimentação regular e purgação

  Momentos:

  - Pesagem
  - Planejamento da alimentação como ponto de partida
  - Purgação e suas consequências, uso de cartilha educativa
  - Tarefa de casa: Alimentação X Celular
  - Lanche

- **Encontro 8 –Sessão 7**

  Objetivos: Pesagem; Percepção de plenitude

  Momentos:

  - Pesagem
  - Revisão da Tarefa de Casa (Como foi a experiência de se alimentar mantendo a atenção na comida);
  - Satisfação ao comer e percepção de plenitude (material lúdico);

- Não coma menos, coma melhor (vídeo)
- Lanche

- **Encontro 9 – Sessão 8**

  Objetivos: Pesagem e revisão do gráfico do peso; Perceber como os exercícios físicos e as outras pessoas podem nos ajudar; Reaplicação das escalas.

  Momentos:

  - Pesagem, discussão sobre o gráfico de peso e o IMC;
  - Exercícios físicos excessivos e suas consequências;
  - A importância de pedir ajuda ao outro (técnica de mindfullness);
  - Tarefa de casa: Confiar em alguém para pedir ajuda
  - Reaplicação das escalas (BITE, BSQ);
  - Lanche

- **Encontro 10 – Sessão 9**

  Objetivos: Perceber as dificuldades no tratamento; Identificar as consequências do próprio comportamento.

  Momentos:

  - Pesagem;
  - Revisão da Tarefa de Casa;
  - Identificação das barreiras para o progresso;
  - Identificação da auto – avalição (realizado em duplas);
  - Tarefa de Casa (Pizza da auto-avaliação)
  - Lanche

- **Encontro 11 – Sessão 10**

  Objetivos: Perceber como a auto avalição pela forma e peso corporal mantem o comportamento de bulimia nervosa

  Momentos:

  - Pesagem;

- Revisão da tarefa de Casa;
- Consequências da autochecagem no dia-dia (exercício no espelho);
- “Sentir-se gorda” e suas consequências;
- Tarefa de Casa: Auto monitoramento da checagem corporal;
- Lanche

- **Encontro 12 – Sessão 11**

  Objetivos: Perceber a auto avaliação pelo poder de controlar o que se alimenta

  Momentos:

  - Pesagem;
  - Revisão da tarefa de Casa;
  - A auto imposição de regras no comportamento alimentar e suas consequências (material lúdico);
  - Diminuição das crenças em relação a “alimentos bons” e “alimentos ruins”;
  - Humor e alimentação e as técnicas de resolução de problemas;
  - Tarefa de Casa: Identificar e Resolver um problema;
  - Meditação;
  - Lanche

- **Encontro 13 -Sessão 12**

  Objetivos: Relembrar as estratégias utilizadas que estão dando certo; construção do plano de estratégias; finalização do grupo; reaplicação das escalas

  Momentos:

  - Pesagem;
  - Reaplicação dos Questionários (BITE. BSQ);
  - Revisão da Tarefa de Casa;
  - Identificação dos progressos durante o tratamento, relembrando as técnicas utilizadas;

- O que pode dar errado? (Relembrar a resolução de problemas, método ACALME-SE e respiração)
- Meditação;
- Lanche

Apêndice F

Sessões de Psicoeducação em Grupo

- **Sessão 1**

Objetivos: Apresentação do grupo (facilitadoras e adolescentes), Criação das regras do grupo; Aplicação das escalas; Medidas de peso e altura

Momentos:

- Boas vindas com música relaxante
- Apresentação das facilitadores e das participantes do grupo (uso de dinâmica de grupo)
- Construção do contrato terapêutico (materiais lúdicos)
- Apresentação do Diário de Bordo
- Aplicação das escalas
- Relaxamento
- Lanche

- **Sessão 2**

Objetivo: Discussão sobre a imagem corporal na mídia

Momentos:

- Relaxamento
- Leitura do diário de bordo
- Discussão da imagem corporal (materiais lúdicos, dinâmicas de grupo, vídeos)
- Reflexão
- Escrita no diário de bordo
- Lanche

- **Sessão 3**

Objetivo: Apresentação da perspectiva histórica da imagem corporal

Momentos:

- Relaxamento
- Leitura do diário de bordo
- Apresentação da Imagem corporal sob uma perspectiva histórica de forma expositiva
- Reflexão sobre o próprio corpo (dinâmica de grupo e materiais lúdicos)
- Escrita no diário de bordo
- Lanche

- **Sessão 4**

Objetivos: A história da beleza; reaplicação dos questionários e pesagem.

Momentos:

- Relaxamento
- Leitura do diário de bordo
- Continuação da apresentação da História da Beleza de forma expositiva
- Reaplicação dos questionários (BITE, BSQ) e pesagem
- Lanche

- **Sessão 5**

Objetivo: Continuação da discussão sobre a História da Beleza

Momentos:

- Relaxamento
- Leitura do diário de bordo
- História da Beleza (dinâmica de grupo e materiais lúdicos)
- Reflexão sobre a dinâmica de grupo
- Escrita no diário de bordo
- Lanche

- **Sessão 6**

  Objetivo: O desenvolvimento do corpo humano nas fases da vida

  Momentos:

  - Relaxamento
  - Leitura do diário de bordo
  - Explanação sobre o desenvolvimento humano e as mudanças corporais
  - Relembrando as próprias mudanças corporais (Dinâmica de grupo, com materiais lúdicos)
  - Reflexão: Quem somos hoje?
  - Escrita no diário de bordo
  - Lanche

- **Sessão 7**

  Objetivo: Diferença entre aparência física e capacidade física

  Momentos:

  - Relaxamento
  - Leitura do diário de bordo
  - Imagem corporal e percepção das capacidades (Dinâmica de grupo)
  - Reflexão: Será que nossa aparência física determina a nossa capacidade física e intelectual?
  - Tarefa de Casa: Reflexão “Quais foram suas conquistas até hoje”
  - Escrita no diário de bordo
  - Lanche

- **Sessão 8**

  Objetivos: Discussão sobre como a imagem corporal e os ciclos da vida; Reaplicação das escalas e pesagem

  Momentos:

  - Relaxamento

- Leitura do diário de bordo e compartilhamento da tarefa de casa
- A Imagem corporal e os ciclos da vida (vídeo)
- Reflexões sobre o vídeo
- Tarefa de casa: Entrevista aos pais: Que expectativas os pais fizeram para o futuro quando estavam na idade das filhas
- Escrita no diário
- Reaplicação das escalas (BITE, BSQ) e pesagem
- Lanche

- **Sessão 9**

  Objetivo**:** Discussão sobre os transtornos alimentares

  Momentos:

  - Relaxamento
  - Leitura do diário de bordo e compartilhamento da tarefa de casa
  - Transtornos Alimentares (apresentação expositiva e vídeos)
  - Reflexão sobre os transtornos alimentares
  - Escrita no diário de bordo
  - Lanche

- **Sessão 10**

  Objetivo: Discussão sobre as consequências físicas e psicológicas da bulimia nervosa

  Momentos:

  - Relaxamento
  - Leitura do diário de bordo
  - Consequências físicas e psicológicas da bulimia nervosa (Dinâmica de grupo com materiais lúdicos; Textos explicativos)
  - Entrega da cartilha sobre as consequências da bulimia nervosa e discussão em grupo
  - Escrita no diário

- Lanche

- **Sessão 11**

  Objetivo**:** Discussão sobre a obesidade e imagem corporal

  Momentos:

  - Relaxamento
  - Leitura do diário de bordo
  - Discussão da obesidade e suas influências na imagem corporal (dinâmica de grupo com materiais lúdicos)
  - Reflexão sobre a dinâmica
  - Escrita no diário de bordo
  - Lanche

- **Sessão 12**

  Objetivos**:** Discussão sobre a influência social e cultura no desenvolvimento da imagem corporal

  Momentos:

  - Relaxamento
  - Leitura do diário de bordo
  - Discussão sobre a influência social e cultura no desenvolvimento da imagem corporal (Explanação, vídeo e ensaio fotográfico)
  - Reflexão sobre o tema abordado
  - Lanche

- **Sessão 13**

  Objetivos**:** Encerramento do grupo; reaplicação das escalas e pesagem

  Momentos:

  - Relaxamento
  - Leitura do diário do bordo
  - Reflexões sobre os encontros: “O que foi mais significativo para você?”

- Reaplicação das escalas (BITE, BSQ) e pesagem
- Lanche

ANEXOS

ANEXO A

Inventário de Bulimia de Edinburgh – Versão Para Adolescentes (BITE)

Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE									
01	Você segue um padrão regular de alimentação?							( ) SIM	( ) NÃO
02	Você costuma seguir dietas de forma rigorosa?							( ) SIM	( ) NÃO
03	Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez?							( ) SIM	( ) NÃO
04	Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não esta de dieta?							( ) SIM	( ) NÃO
05	Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro? ***(Se a resposta for NÃO vá para a questão 07! Se for SIM, siga para a questão06.)***							( ) SIM	( ) NÃO
06	Se sua resposta foi SIM para a questão 05, com que freqüência você fica sem se alimentar por um dia inteiro? **PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (_____).**							Dia sim, dia não (5) 2-3 vezes por semana (4) Uma vez por semana (3) De vez em quando (2) Apenas uma vez (1)	
07	Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que freqüência?								
		Nunca	Raramente	Uma vez/semana	Duas ou três vezes/semana	Diariamente	Duas ou três vezes/dia	Cinco vezes/dia	
	Comprimidos para emagrecer								
	Diuréticos								
	Laxantes								
	Provoca vômitos								
08	Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida?							( ) SIM	( ) NÃO
09	Você diria que a comida "domina" a sua vida?							( ) SIM	( ) NÃO
10	De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar?							( ) SIM	( ) NÃO
11	Há momentos em que você **SÓ** consegue pensar em comida?							( ) SIM	( ) NÃO
12	Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?							( ) SIM	( ) NÃO
13	Você sempre consegue parar de comer quando quer?							( ) SIM	( ) NÃO
14	Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar?							( ) SIM	( ) NÃO
15	Quando você está ansioso(a), tende a comer muito?							( ) SIM	( ) NÃO
16	A idéia de ficar gordo(a) apavora ?							( ) SIM	( ) NÃO
17	Você, de vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)?							( ) SIM	( ) NÃO
18	Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares?							( ) SIM	( ) NÃO
19	O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa?							( ) SIM	( ) NÃO
20	Você busca na comida um conforto emocional?							( ) SIM	( ) NÃO
21	Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição?							( ) SIM	( ) NÃO
22	Você engana os outros sobre o quanto come?							( ) SIM	( ) NÃO
23	A quantidade que você come é proporcional à fome que sente?							( ) SIM	( ) NÃO
24	Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo? ***(Se a resposta for NÃO vá para a questão 28! Se for SIM, siga para a questão25)***							( ) SIM	( ) NÃO
25	Esse episódio o deixou deprimido?							( ) SIM	( ) NÃO
26	Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)?							( ) SIM	( ) NÃO
27	Com que freqüência esses episódios acontecem? **PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA AQUI (_____).**							Quase nunca (1) Uma vez por mês (2) Uma vez por semana (3) Duas ou três vezes por semana (4) Diariamente (5) Duas ou três vezes por dia (6)	
28	Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer?							( ) SIM	( ) NÃO
29	Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso?							( ) SIM	( ) NÃO
30	Você, de vez em quando, come escondido?							( ) SIM	( ) NÃO
31	Você consideraria seus hábitos alimentares normais?							( ) SIM	( ) NÃO
32	Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar?							( ) SIM	( ) NÃO
33	Seu peso aumenta ou diminui mais que 2kg em uma semana?							( ) SIM	( ) NÃO

Anexo B

Questionário de Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA) – Sessões H, P e N

Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA)

Questionário para jovens entre 11 e 17 anos

Sobrenome da criança:

Nome da criança:

Idade:

Data de Nascimento:

Masculino/Feminino:

Número o Matricula (hosp.):

Data da entrevista:

Nome do entrevistador(a):

O primeiro passo é aplicar o Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ) A11-16, então fazer a pontuação e, em seguida, assinalar abaixo.

Pontuação na escala de emocional	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5 ||**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Pontuação na escala de conduta	**0**	**1**	**2**	**3 ||**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Instruções: Por favor, marque para cada item um dos três quadrados: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. Ajudaria-nos se você respondesse a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou que a pergunta pareça-lhe estranha. Dê sua resposta baseado em como as coisas têm sido nos últimos seis meses.

Nome ..... Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros	☐	☐	☐
Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)	☐	☐	☐
Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência	☐	☐	☐
Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha	☐	☐	☐
Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem	☐	☐	☐
Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal	☐	☐	☐
Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero	☐	☐	☐
Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral, os outros jovens gostam de mim	☐	☐	☐
Facilmente perco a concentração	☐	☐	☐
Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo	☐	☐	☐
Sou legal com crianças mais novas	☐	☐	☐
Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear	☐	☐	☐
Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'	☐	☐	☐
Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças)	☐	☐	☐
Eu penso antes de fazer as coisas	☐	☐	☐
Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares	☐	☐	☐
Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade	☐	☐	☐
Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente	☐	☐	☐
Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção	☐	☐	☐

Nome completo (em letra de forma) ..... Data de hoje .....

Seção H Depressão

Esta próxima seção da entrevista é sobre o seu humor.

H1 Nas **últimas 4 semanas**, houve momentos em que você sentiu-se muito triste, desanimado/a, infeliz ou choroso/a?

Não	Sim
0	1
↓	↓
H7	H2

H2 Houve nas, **últimas 4 semanas,** algum período no qual você sentiu-se muito desanimado/a quase todos os dias?

Não	Sim
0	1

H3 Durante o período em que você estava triste, desanimado/a, ficava assim durante a maior parte do dia? (ou seja, ficava mais horas por dia desanimado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

H4 Durante este período, você podia ser animado/a e sentir-se melhor ..?

Facilmente	Com dificuldade / por pouco tempo	De jeito nenhum
0	1	2

H5 Durante as **últimas 4 semanas**, o período em que ficou realmente triste durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

Se H1 = "Sim" e se H2 = "Sim" e se H3 = "Sim", então marque o quadrado para Depressão na lista de checagem em M1 (p.37).

H7 No último mês, houve vezes em que você tornou-se mal-humorado/a ou irritado/a de um modo diferente do que costuma ser?

Não	Sim
0	1
↓	↓
H13	H8

H8 Durante as **últimas 4 semanas**, houve algum período em que você esteve muito irritável durante praticamente <u>todos</u> os dias?

Não	Sim
0	1

H9 Durante este período que você ficou mal-humorado/a ou irritado/a, isto durava a <u>maior parte</u> do dia? (ou seja, ficava mais horas por dia mal-humorado/a ou irritado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

H10 A irritabilidade melhorou com determinadas atividades, como a visita de amigos, ou com alguma outra coisa?

Facilmente	Com dificuldade/ por pouco tempo	De jeito nenhum
0	1	2

H11 Durante as **últimas 4 semanas**, o período em que ficou realmente irritável durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

Se H7 = "Sim" <u>e</u> se H8 = "Sim" <u>e</u> se H9 = "Sim", então marque o quadrado para Irritabilidade na lista de checagem em M1 (p.37).

H13 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que você perdeu o interesse por todas as coisas , ou quase todas, que normalmente tem prazer em fazer?

Não	Sim
0	1
↓ *Regra de continuação de H18*	↓ H14

H14 Durante as **últimas 4 semanas**, houve algum período em que esta falta de interesse esteve presente praticamente todos os dias?

Não	Sim
0	1

H15 Durante estes dias quando você perdeu o interesse pelas coisas, isto durava a maior parte do dia?
(ou seja, ficava mais horas por dia sem interesse pelas coisas do que bem)

Não	Sim
0	1

H16 Durante as **últimas 4 semanas**, esta perda de interesse durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

H17 *Se depressão ou irritabilidade foram assinaladas, pergunte*:

A perda de interesse ocorreu durante o mesmo período em que você esteve desanimado/a ou irritável na maior parte do tempo?

Não	Sim
0	1

Se H13 = "Sim" e se H14 = "Sim", então complete o item para Perda de Interesse na lista de checagem em M1 (p.37).

H18 *Se Depressão ou Irritabilidade ou Perda de Interesse foram marcadas na lista de checagem em M1 (p.37), então continue. Caso contrário, pule para H22.*

	Durante o período em que você esteve desanimado/a, irritável ou sem interesse você…	Não	Sim
a)	ficou sem energia ou parecia cansado/a o tempo todo?	0	1
b)	teve alguma mudança no seu apetite, para mais ou para menos?	0	1
c)	perdeu ou ganhou muito peso?	0	1
d)	teve dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo?	0	1
e)	passou a dormir demais?	0	1
f)	houve algum período em que você ficou agitado/a ou inquieto/a a maior parte do tempo?	0	1
g)	houve algum período em que você sentiu-se desvalorizado/a ou culpado/a sem motivo na maior parte do tempo?	0	1
h)	houve algum período em que você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar claramente?	0	1
i)	pensava muito em morte?	0	1
j)	alguma vez falou em ferir-se ou matar-se?	0	1
k)	alguma vez tentou ferir-se ou matar-se?	0	1

H18L Durante toda a sua vida, alguma vez você tentou ferir-se ou matar-se?

Não	Sim
0	1

H19 Quanto que a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse aborreceram ou incomodaram você?

Nada	Um pouco	Muito	Extrema-mente
0	1	2	3

		Nada	Um pouco	Muito	Extrema-mente
H20	Quanto a sua tristeza, irritabilidade ou perda de interesse tem interferido no/as…				
a)	Dia-a-dia em casa	0	1	2	3
b)	Amizades	0	1	2	3
c)	Aprendizado escolar	0	1	2	3
d)	Atividades de lazer	0	1	2	3

		Nada	Um pouco	Muito	Extrema-mente
H21	Esta tristeza, irritabilidade ou perda de interesse torna as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?	0	1	2	3

Pule para seção J. ***Não pergunte*** *H22 a H24 se você já perguntou H18i a H18l*

Auto-Agressão

		Não	Sim
H22	Durante as **últimas 4 semanas**, você pensou sobre ferir-se ou machucar a si próprio/a?	0	1
H23	Durante as **últimas 4 semanas,** você tentou ferir-se ou machucar a si próprio/a?	0	1
H24	Alguma vez até hoje, você já tentou ferir-se ou machucar a si próprio/a?	0	1

Se H22 = "Sim" ou se H23 = "Sim" ou se H24 = "Sim", então complete o item para Auto-Agressão na lista de checagem em M1 (p.37).

Seção P Alimentação, Peso e Forma Corporal

P1		Não	Sim
a)	Você já se achou gordo/a mesmo quando as pessoas diziam que você estava muito magro/a?	0	1
b)	Você ficaria envergonhado/a se as pessoas soubessem o quanto você come?	0	1
c)	Você já provocou vômito (de propósito)?	0	1
d)	Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer atrapalha muito a sua vida?	0	1
e)	Se você come demais, você se culpa muito?	0	1

*Se dois ou mais dos itens em P1 tiverem sido respondidos com "*Sim*", então continue. Caso contrário, pule para seção L.*

P2a	Qual a sua altura? (mais ou menos)	☐	cms
P2b	Quanto você pesa hoje em dia? (mais ou menos)	☐	kg
P2c	Qual foi o seu menor peso **nos últimos doze meses**?	☐	kg
P2d	Qual o maior peso **que você já teve**? (*exceto na gravidez)*	☐	kg

P3 Hoje, você se descreveria como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4

P4 Outras pessoas – como os seus amigos e sua família – descreveriam você hoje em dia como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4

↓ P5 ↓ P5 — Vá direto para P6

P5 Comparando como você está este ano com como você foi nos anos anteriores, outras pessoas diriam que você...

Era ainda mais magro/a nos anos anteriores	Sempre foi magro/a assim	Está um pouco mais magro/a este ano que nos anos anteriores	Está muito mais magro/a este ano que nos anos anteriores
0	1	2	3

Se P3 = "Muito magro/a" *ou P4 =* "Muito magro/a"*, então assinale o item para* "Muito magro/a" *na lista de checagem em M1 (p.37).*

P6 Outras pessoas – como sua família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupados que seu peso esteja atrapalhando a sua saúde física?

Não	Sim
0	1

P7 O que você pensa? Você acha que o seu peso tem atrapalhado a sua saúde física?

Não	Sim
0	1

P8 Você tem medo de ganhar peso ou ficar gordo/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

P10 — ↓ P9

P9 A idéia de ganhar peso ou ficar gordo/a apavora você de verdade?

Não	Sim
0	1

P10 Se o médico lhe dissesse que você teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível aceitar isso?
(Se o/a jovem tem problemas físicos que torna difícil para ele/a ganhar peso, a pergunta é se ele/a tentaria ganhar peso e não se ele/a conseguiria de fato.)

Fácil	Difícil	Impossível
0	1	2

P11 Você tenta não comer coisas que engordam?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
	P13	↓ P12

P12 E você consegue?
(evitar comidas que engordam)

Nunca	Algumas vezes	A maior parte das vezes	Sempre
0	1	2	3

P13 Você gasta muito tempo pensando em comida?

Não	Sim
0	1

P14 Algumas pessoas contam que elas têm um desejo muito grande por comida, e que este desejo é tão difícil de resistir que é como um dependente de álcool ou drogas se sente em relação a álcool ou drogas.

Você se sente assim em relação à comida?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se P9 = "Sim" ou P10 = "Impossível" ou P14 = "Muito", então assinale o item "Se preocupa com peso e comida" na lista de checagem em M1 (p.37).

P15 Algumas pessoas perdem o controle sobre o que comem e aí comem muita comida em pouco tempo. Por exemplo, elas podem abrir a geladeira e comer tudo que elas encontram pela frente, comendo tanto que chegam a se sentir mal fisicamente. Isso costuma acontecer quando essas pessoas estão sozinhas.

Isso aconteceu ou acontece com você?

Não	Sim
0	1
↓ P18	↓ *Marque "Perder o Controle" na lista de checagem em M1 (p.37). Continue em P16.*

P16 Nos últimos três meses, mais ou menos, isso aconteceu …

Não aconteceu	Ocasionalmente	Uma vez por semana	Duas vezes por semana ou mais
0	1	2	3

P17 Quando isso acontece, você tem a sensação de perder o controle do que você come?

Não	Sim
0	1

*P*17a) Por favor, descreva o que e quanto você come durante uma situação em que você come muito.

P18 Para não ganhar peso, nos últimos 3 meses, você …

(Quando a resposta for "não", cheque se a criança tenta, mas não tem permissão)

		Não	Tenta, mas não tem permissão	Um pouco	Muito
a)	Come menos nas refeições	0	1	2	3
b)	Pula refeições	0	1	2	3
c)	Fica sem comer por várias horas, como por ex. o dia todo ou a maior parte do dia	0	1	2	3
d)	Esconde ou joga fora alimentos que outras pessoas dão para você	0	1	2	3
e)	Faz mais exercício	0	1	2	3
f)	Provoca vômitos	0	1	2	3
g)	Toma remédios com a idéia de perder peso Descreva: ……..	0	1	2	3
h)	Faz outras coisas (por ex., não tomar insulina sendo diabético/a). Descreva: …….. ……..…	0	1	2	3

Se a resposta para qualquer um dos itens de P18 foi "Muito", assinale "Evita ganho de peso" na lista de checagem em M1 (p.37). Se "Perda de controle" está assinalado na lista de checagem, então siga com a questão P19. Caso contrário, vá direto para P20 para as meninas ou P26 para os meninos

P19 Você me contou minutos atrás sobre momentos em que você perde o controle e come muito. Depois que isso acontece, você costuma reduzir o que come/ fazer exercícios/ vomitar/ tomar remédios para evitar engordar?

Não	Sim
0	1

Em meninos, vá direto para P26.

P20 Você menstruou nos últimos três meses?

Não	Sim
0	1
↓	↓
P21	*P22*

P21 Você já teve alguma menstruação?

Não	Sim
0	1
↓	↓
P26	*P23*

P22 Você está tomando pílulas ou injeções hormonais? (incluindo contraceptivos)

Não	Sim
0	1
↓	↓
Siga com P23 em todos os casos	

P23) Por favor, descreva como as suas menstruações têm sido em geral e como elas têm sido recentemente.

Se P20 foi "Não" e P21 foi "Sim", pergunte:
P24) Por que você acha que não menstruou nos últimos três meses?

Se P22 foi "Sim", pergunte:
P25) Por favor, descreva que efeitos pílulas ou injeções hormonais têm em suas menstruações.

P26 ***Regra para pular questões antes de começar a P26****: Se "Muito magro/a", "Preocupa-se com peso e comida", "Perda de Controle" ou "Evita ganho de peso" foram assinalados na lista de checagem em M1 (p.37), então siga adiante. Caso contrário, pule para a próxima seção.*

Você me falou sobre a forma como você come e o seu peso. Quanto você acha que essas coisas lhe incomodam?	Nada	Um pouco	Muito	Extrema-mente
	0	1	2	3

P27	O quanto a forma como você come ou a sua preocupação com seu peso tem interferido no/as …	Nada	Um pouco	Muito	Extrema-mente
a)	Dia-a-dia em casa	0	1	2	3
b)	Amizades	0	1	2	3
c)	Aprendizado escolar	0	1	2	3
d)	Atividades de lazer	0	1	2	3

P28	Essas coisas tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?	Nada	Um pouco	Muito	Extrema-mente
		0	1	2	3

Seção N Capacidades

Já perguntei várias questões sobre problemas e dificuldades. Agora eu gostaria de perguntar sobre os seus pontos positivos e as suas capacidades.

N1	As seguintes descrições tem a ver com você?	Não	Um pouco	Muito
a)	Generoso/a	0	1	2
b)	Fácil, sociável	0	1	2
c)	Gênio bom	0	1	2
d)	Confiável e responsável	0	1	2
e)	Fácil de lidar	0	1	2
f)	Divertido/a, bom senso de humor	0	1	2
g)	Carinhoso/a, bom-coração	0	1	2
h)	Independente	0	1	2

N2	Quais as coisas que você faz que realmente te deixam orgulhoso/a?	Não	Um pouco	Muito
a)	Bom/Boa em esportes	0	1	2
b)	Bom/Boa com os amigos	0	1	2
c)	Ajuda em casa	0	1	2
d)	Bom/Boa em música	0	1	2
e)	Bem comportado/a	0	1	2
f)	Bom/Boa com computadores	0	1	2
g)	Bom/Boa em teatro, interpretação	0	1	2
h)	Coleta dinheiro para caridade, ajuda os outros	0	1	2
i)	Bom/Boa em arte, trabalhos manuais	0	1	2
j)	Educado/a	0	1	2
k)	Bom/Boa em trabalhos escolares	0	1	2

N3 Você tem algum outro ponto positivo que você gostaria de mencionar?

.....

Anexo C

Teste de Insatisfação com a Imagem Corporal - Body Shape Questionnaire – Versão para adolescentes (BSQ)

Responda às questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas, usando a seguinte legenda:

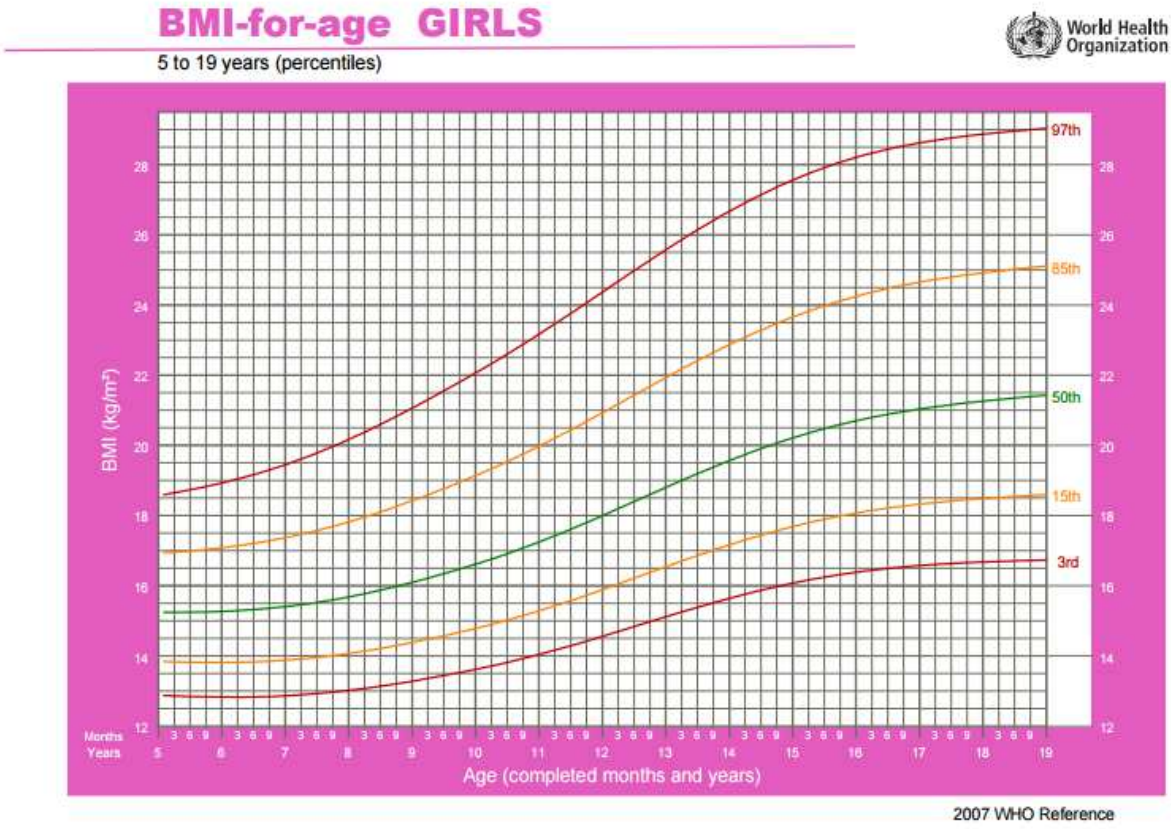
1.**Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Frequentemente 5. Muito frequentemente 6. Sempre**

1. Sentir-se entediado (a) faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Já lhe ocorreu que suas coxas, seus quadris e suas nádegas são grandes demais para o restante do corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gordo (a)?	1	2	3	4	5	6
5. Você anda preocupado (a) achando que seu corpo não é firme o suficiente?	1	2	3	4	5	6
6. Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?	1	2	3	4	5	6
7. Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?	1	2	3	4	5	6
8. Você deixou de correr por achar que seu corpo iria balançar?	1	2	3	4	5	6
9. Estar com pessoas magras do mesmo sexo que o seu faz você reparar em sua forma física?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gordo (a) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13.Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades?	1	2	3	4	5	6
14. Ao estar nu (nua), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gordo (a)?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
16. Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)?	1	2	3	4	5	6
18. Você já deixou de participar de eventos sociais (p. ex. festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente muito grande e arredondado (a)?	1	2	3	4	5	6
20. Você sente vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação com sua forma física leva-o (a) a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (p. ex., pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acredita que sua forma física se deve à sua falta de controle?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6

25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magas que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magro (a)?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (p. ex., sentado (a) num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio (a) de “dobras” ou “banhas”?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (p. ex., num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você se sentir mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31. Você evita situações nas quais outras pessoas possam ver seu corpo (p. ex., vestiários ou banhos de piscina)?	1	2	3	4	5	6
32. Você já tomou laxantes para se sentir mais magro (a)?	1	2	3	4	5	6
33. Você fica mais preocupado (a) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

Anexo D

Acompanhamento do crescimento em meninas de 5 a 19 anos



Anexo E

Critério de Classificação Econômica Brasileira - 2015 (CCEB, 2015)

Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015

A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil que entra em vigor no início de 2015 está descrita no livro *Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil* dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA /USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

A regra operacional para classificação de domicílios, descrita a seguir, resulta da adaptação da metodologia apresentada no livro às condições operacionais da pesquisa de mercado no Brasil.

As organizações que utilizam o Critério Brasil podem relatar suas experiências ao Comitê do CCEB. Essas experiências serão valiosas para que o Critério Brasil seja permanentemente aprimorado.

A transformação operada atualmente no Critério Brasil foi possível graças a generosa contribuição e intensa participação dos seguintes profissionais nas atividades do comitê:

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing
Bianca Ambrósio -TNS
Bruna Suzzara – IBOPE
Marcelo Alves - Nielsen
Margareth Reis – GFK
Paula Yamakawa - IBOPE
Renata Nunes - Data Folha
Tatiana Wakaguri - IBOPE
Sandra Mazzo - IPSOS
Valéria Tassari - IPSOS

A ABEP, em nome de seus associados, registra o reconhecimento e agradece o envolvimento desses profissionais.

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Distribuição das classes

As estimativas do tamanho dos estratos atualizados referem-se ao total Brasil e resultados das Macro Regiões, além do total das 9 Regiões Metropolitanas e resultados para cada um das RM's (Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife e Fortaleza).

As estimativas para o total do Brasil e Macro Regiões são baseadas em estudos probabilísticos nacionais do Datafolha e IBOPE Inteligência. E as estimativas para as 9 Regiões Metropolitanas se baseiam em dados de estudos probabilísticos da GFK, IPSOS e IBOPE Media (LSE).

Classe	Brasil	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro Oeste	Norte
A	2,7%	3,3%	3,2%	1,1%	3,7%	1,5%
B1	5,0%	7,0%	6,3%	2,1%	5,7%	2,5%
B2	18,1%	22,7%	21,3%	10,2%	20,3%	11,2%
C1	22,9%	27,3%	29,0%	14,9%	22,6%	14,4%
C2	24,6%	23,9%	24,5%	24,5%	25,9%	28,2%
D-E	26,6%	15,9%	15,6%	47,2%	21,8%	42,1%

Classe	9RM's	POA	CWB	SP	RJ	BH	BSB	SSA	REC	FOR
A	4,3%	4,5%	6,5%	5,0%	3,1%	3,9%	10,6%	1,8%	2,7%	3,6%
B1	6,6%	7,2%	9,2%	8,1%	5,2%	5,8%	11,3%	3,5%	4,0%	4,4%
B2	20,7%	23,7%	26,5%	25,1%	18,3%	20,3%	23,2%	12,6%	12,2%	12,1%
C1	25,0%	28,4%	27,1%	27,9%	24,3%	24,7%	22,2%	21,1%	18,6%	16,7%
C2	25,0%	23,7%	21,1%	23,1%	27,4%	26,7%	18,8%	30,5%	27,3%	24,7%
D-E	18,4%	12,5%	9,6%	10,9%	21,7%	18,5%	13,9%	30,5%	35,1%	38,5%

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

Estimativa para a Renda Média Domiciliar para os estratos do Critério Brasil

Abaixo são apresentadas as estimativas de renda domiciliar mensal para os estratos sócio-econômicos. Os valores se baseiam na PNAD 2013 e representam aproximações dos valores que podem ser obtidos em amostras de pesquisas de mercado, mídia e opinião. A experiência mostra que a variância observada para as respostas à pergunta de renda é elevada, com sobreposições importantes nas rendas entre as classes. Isso significa que pergunta de renda não é um estimador eficiente de nível sócio-econômico e não substitui ou complementa o questionário sugerido abaixo. O objetivo da divulgação dessas informações é oferecer uma ideia de característica dos estratos sócio-econômicos resultantes da aplicação do Critério Brasil.

Estrato Sócio Econômico	Renda média Domiciliar
A	20.272,56
B1	8.695,88
B2	4.427,36
C1	2.409,01
C2	1.446,24
D - E	639,78
TOTAL	**2.876,05**

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral:

Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (incluindo os que estão guardados) independente da forma de aquisição: compra, empréstimo, aluguel, etc. Se o domicílio possui um bem que emprestou a outro, este não deve ser contado pois não está em seu domicílio atualmente. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Empregados Domésticos

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esqueça de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou continua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (pessoal e profissional) não devem ser considerados.

Microcomputador

Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Não considerar: calculadoras, agendas eletrônicas, tablets, palms, smartphones e outros aparelhos.

Lava-Louça

Considere a máquina com função de lavar as louças.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:
Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira;
Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

Lava-Roupa

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

DVD

Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores.
Não considere DVD de automóvel.

Micro-ondas

Considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (de micro-ondas e forno elétrico).

Motocicleta

Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais. Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas.

Secadora de roupas

Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como uma secadora.

Modelo de Questionário sugerido para aplicação

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicilio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.
Vamos começar? No domicílio tem_____ (LEIA CADA ITEM)

		QUANTIDADE QUE POSSUI			
ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de *freezers* independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

Nenhum critério estatístico, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo *"... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B..."* não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da adequação do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.